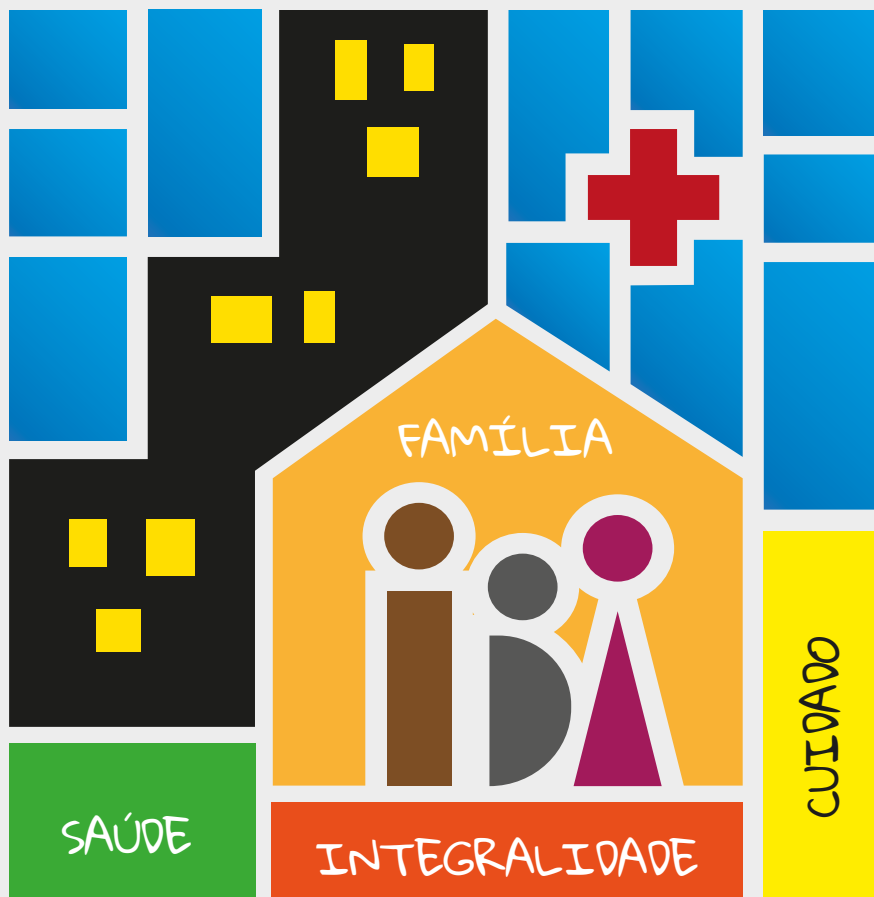


ORGANIZADORES:
Fabiane do Amaral Gubert
Paula Sacha Frota Nogueira
Andrea Gomes Linard
Ângela Maria Alves e Souza
Michell Ângelo Marques Araújo

Atenção Integral na Estratégia Saúde da Família: práticas e pesquisas na formação e no cuidado na Atenção Primária à Saúde



Organizadores:
Fabiane do Amaral Gubert
Paula Sacha Frota Nogueira
Andrea Gomes Linard
Ângela Maria Alves e Souza
Michell Ângelo Marques Araújo

**Atenção Integral na Estratégia Saúde
da Família: práticas e pesquisas na
formação e no cuidado na Atenção
Primária à Saúde**

Fortaleza
2021

Atenção Integral na Estratégia Saúde da Família: práticas e pesquisas na formação e no cuidado na Atenção Primária à Saúde © 2021 Copyright by Fabiane do Amaral Gubert Paula Sacha Frota Nogueira | Andrea Gomes Linard | Ângela Maria Alves e Souza Michell Ângelo Marques Araújo (Orgs.)



Av. da Universidade, 850 *Campus* da Betânia – Sobral-CE
CEP 62040-370 Telefone: (88) 3611.6613
Filiada à



Reitor | Fabianno Cavalcante de Carvalho
Vice-Reitora | Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Diretora das Edições UVA | Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)
Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo
Ana Iris Tomás Vasconcelos
Carlos Augusto Pereira dos Santos
Claudia Goulart de Abreu
Eneas Rei Leite
Eliany Nazaré Oliveira
Francisco Helder Almeida Rodrigues
Israel Rocha Brandão
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Maria Adelane Monteiro da Silva
Maria Amélia Carneiro Bezerra
Maria José Araújo Souza

Maria Somália Sales Viana
Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Raquel Oliveira dos Santos Fontenelle
Renata Albuquerque Lima
Simone Ferreira Diniz
Tito Barros Leal de Ponte Medeiros
Virginia Célia Cavalcanti de Holanda

Revisão de texto

Karina Maria Machado Matos

Editoração e designer

Éder Oliveira França

Capa

Michell Ângelo Marques Araújo

Dados internacionais de Catalogação na Publicação

A864

Atenção Integral na Estratégia Saúde da Família: práticas e pesquisas na formação e no cuidado na Atenção Primária à Saúde./ Fabiane do Amaral Gubert et al. (Organizadores). – Sobral, CE: Edições UVA, 2021.

618 p.
v.1

ISBN: 978-65-87115-20-7 papel
ISBN: 978-65-87115-21-4 - e-book - pdf

1. Saúde pública. 2. Atenção primária. 3. Estratégia- Saúde da família. I. Gubert, Fabiane do Amaral. II. Nogueira, Paula Sacha Frota. III. Linard, Andrea Gomes. IV. Souza, Angela Maria Alves e. VI. Araújo, Michell Ângelo Marques. VI. Título.

CDD 610.73

Catalogação na publicação: Bibliotecária Leolgh Lima da Silva – CRB3/967

SOBRE AS(OS) AUTORAS(ES)

Alcides Silva de Miranda. Médico. Doutor em Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Aline Sampieri Tonello. Cirurgiã-dentista. Docente do Programa de Pós-Graduação Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/Fiocruz/UFMA). Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Alcântaras-CE.

Ana Claudia Camurça de Fontes Dodt. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza. Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF) – Nucleadora UFC.

Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos. Nutricionista. Doutora em Ciências (ENSP – Fiocruz). Docente permanente da Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF – UFPB).

Ana Claudia de Souza Leite. Enfermeira. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa TECDOR (DgP-CNPq/UECE). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF – UECE).

Ana Hélia de Lima Sardinha. Enfermeira. Doutora em Ciências Pedagógicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFMA).

Ana Patrícia Pereira Moraes. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública (USP). Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora, docente e pesquisadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF – UECE).

Andrea Gomes Linard. Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC) e do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab).

Andréa Soares Rocha da Silva. Cientista da Computação. Doutora em Educação, Departamento de Fisioterapia/Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde (NUTEDS/ UFC). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Andréa Suzana Vieira Costa. Graduação em Enfermagem. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Andressa Rayane Viana Barros. Enfermeira. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Ângela Maria Alves e Souza. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Mestrado em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Anne Evelyn Gomes Serra. Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF – UECE). Membro do Grupo de Pesquisa TECDOR (DgP-CNPq/UECE).

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer. Cirurgiã-dentista. Pós-doutora em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia Berkeley. Doutora em Odontologia pela Universidade de Toronto-Canadá. Docente do Programa em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Eusébio, Ceará) e da Faculdade de Odontologia (Centro Universitário Christus - Unichristus),

Coordenadora Geral do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF – Fiocruz-CE).

Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira. Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ (IESC/UFRJ). Docente do Programa de Pós-Graduação em Rede de Saúde da Família (RENASF) e da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Camila Freitas Andrade. Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC).

Carla Manuela Rodrigues Nogueira. Cirurgiã-dentista e enfermeira. Mestra em Saúde da Família (Fiocruz). Prefeitura Municipal de Fortaleza. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF).

Caroline Ribeiro de Sousa. Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Diabetologista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Diabetes pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Discente do Doutorado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC.

Conceição de Maria Castro de Aragão. Psicóloga. Mestranda em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí (UFPI/PPGSC), Teresina-PI. Orientadora Educacional sobre Competências Socioemocionais da Secretaria de Educação de Sobral-CE.

Daniel Domingues dos Santos. Economista. Doutor em Economia. Docente da Universidade de São Paulo – *Campus* Ribeirão Preto-SP. Assessor da Secretaria de Educação de Sobral-CE.

Denise Streit Morsch. Psicóloga. Doutora em Saúde da Mulher e da Criança (IFF – Fiocruz). Consultora MS – Atenção Humanizada ao Recém-nascido, Método Canguru.

Deysianne Costa das Chagas. Docente do Programa de Pós-Graduação Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/Fiocruz/UFMA).

Dina Stefany de Oliveira Moreira. Acadêmica de Medicina. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Discente egressa da RENASF (UVA – Sobral-CE).

Dorlene Maria Cardoso de Aquino. Enfermeira. Doutora em Patologia Humana pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFMA).

Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes. Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB – RENASF). Enfermeira da Saúde da Família – João Pessoa-PB.

Elaine Cristina Justino Teixeira. Enfermeira. Universidade Federal do Ceará (UFC). Discente da 3º turma do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (Renasf – UFC)

Ellen Rose Sousa Santos. Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Maranhão. Discente da 3ª turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Nucleadora UFMA.

Emília Soares Chaves Rouberte. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB – Redenção, Ceará).

Eveline Pinheiro Beserra. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Fabiane do Amaral Gubert. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Fernando Lamy. Médico pediatra e neonatologista. Doutor em Saúde da Criança e da Mulher. Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Francisca Gomes Montesuma. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora e docente da Residência em Enfermagem Obstétrica da UECE.

Francisco José Leal de Vasconcelos. Advogado. Graduado em Enfermagem. Mestre em Saúde da Família (RENASF – UVA). Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário INTA UNINTA (Sobral-CE).

Gerídice Lorna Andrade de Moraes. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) –

Getúlio Rosa dos Santos Junior. Enfermeiro. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Gláucia Porto de Freitas. Nutricionista. Mestre em Saúde da Família (RENASF – UECE). Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará em Aracati. Egressa da 3ª turma do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da (RENASF – UECE).

Guilherme Vidigal Fernandes da Silva. Médico. Egresso do Programa de Pós-graduação Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (GPSS) da Universidade Ceuma.

Helena Paula Guerra dos Santos. Cirurgiã-dentista. Mestra em Ciências em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Eusébio-CE. Secretaria Municipal de Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF na Fiocruz Ceará.

Hortênsia Coutinho da Rocha. Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Ilana Mírian Almeida Felipe da Silva. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Estadual de São Paulo (USP). Docente do Colégio Universitário (Técnico de Enfermagem) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Docente Permanente do Mestrado Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF – UFMA).

Ingredy Eyllanne Monroe Carvalho. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Biodiversidade e Biotecnologia da Amazônia Legal (BIONORTE/UFMA).

Isaias Pereira da Silva. Geógrafo. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFMA).

Jéssica Lima Benevides. Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC.

Joama Gusmão Pereira Moreira. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Discente do Mestrado da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

João Bosco Filho. Enfermeiro. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Departamento de Ciências da Religião da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF).

José Adailton da Silva. Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF).

José Giovanni Nobre Gomes. Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UERN). Professor Adjunto IV do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

José Reginaldo Feijão Parente. Psicólogo. Doutor em Psicologia. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente colaborador do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF – UVA).

Joseanna Gomes Lima. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/Fiocruz/UFMA).

Jurema Barros Dantas. Psicóloga. Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF).

Karina Oliveira de Mesquita. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia.

Karla Patrícia Cardoso Amorim. Cirurgiã-dentista e bacharel em Direito. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenadora da Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF – Nucleadora UFRN).

Karla Verbena Salviano Cavalcante. Cirurgiã-dentista. Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza. Mestre em Saúde da Família (UFC). Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Katia Virginia Viana Cardoso. Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará.

Larissa Maciel de Almeida. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/Fiocruz/UFMA).

Liberata Campos Coimbra. Enfermeira. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFMA).

Lielma Carla Chagas da Silva. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UFC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF – UVA). Docente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (Sobral-CE).

Luciana Rodrigues Cordeiro. Enfermeira. Doutoranda em Saúde da Família (PPGPSF-UFC). Secretária de Saúde de Fortaleza.

Lucieli Dias Pedreschi Chaves. Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP).

Luziete Furtado da Cruz. Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Luiza de Paula Sousa. Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família (Fiocruz). Prefeitura Municipal de Fortaleza. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da (RENASF).

Maísa Paulino Rodrigues. Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFRN).

Marcela Ariadne Braga Tomé. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Discente do Doutorado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC.

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro. Médico. Doutor em Saúde coletiva. Docente do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (Famed/UFC) e Docente do mestrado profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Maria Célia de Freitas. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Docente da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria de Fátima Antero Sousa Machado. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Regional do Cariri (URCA). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – Fiocruz-CE).

Maria Fátima Maciel Araújo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Maria Kelviane Freitas da Silva. Psicóloga. Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Maria Lúcia Magalhães Bosi. Psicóloga e nutricionista. Pós-doutorado junto ao Center for Critical Qualitative Health Research da Universidade de Toronto. Docente do Departamento do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará.

Maria Rocineide Ferreira da Silva. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora efetiva da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Maria Socorro de Araújo Dias. Enfermeira. Doutora em Enfermagem com Pós-doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente Permanente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – UVA).

Maria Suely Alves Costa. Psicóloga. Doutora em Psicologia. Docente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará-UFC, Sobral-CE. Vice-coordenadora e docente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas (UFC/PPGPPP, Sobral-CE).

Maria Tereza Lima Brilhante Marques. Estudante do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC).

Mariana Cavalcante Martins. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem. Docente permanente do Mestrado em Saúde da Família (RENASF – Nucleadora UFC).

Mariana Sales Bastos. Estudante do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC).

Marilia Braga Marques. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Maria Vieira de Lima Saintraim. Cirurgiã-dentista. Pós-doutora em Odontologia. Universidade de Fortaleza (Unifor).

Maristela Inês Osawa Vasconcelos. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora e docente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Sobral-CE (RENASF – UVA).

Meire Lucy Araujo Farias. Enfermeira. Egressa do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (Universidade CEUMA).

Michell Ângelo Marques Araújo. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará. Docente Permanente do Programa de Saúde da Família da RENASF da UFC.

Mirlla Karoline Costa Silva. Psicóloga. Mestra em Saúde da Família (PPGSF/UFRN/RENASF). Atua na Atenção Primária à Saúde – Serra da Raiz-PB.

Nair Portela Silva Coutinho. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFMA).

Natália Arrais Albuquerque. Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (RENASF – UFC).

Neiva Francenely Cunha Vieira. Enfermeira. Pós-Doutora em Educação em Saúde pela Universidade de Bristol. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF – UFC).

Patrícia Freire de Vasconcelos. Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Docente e colaboradora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – UECE).

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF – UFRN).

Rafael Lima Soares. Médico. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Rafaella Pessoa Moreira. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Ex-Professora RENASF-UFC.

Ranielder Fábio de Freitas. Designer. Doutor em Design pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Designer de Experiência na Escola de Saúde Pública do Ceará/Projeto Mapa Digital da Saúde.

Rayane Rodrigues Oliveira. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista IC/FUNCAP. Membro do Grupo de Pesquisa TECDOR (DgP-CNPq/UECE).

Renan Magalhães Montenegro Junior. Médico. Doutor em Clínica Médica (Endocrinologia e Metabologia) pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Docente do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva da UFC.

Renata de Sousa Alves. Farmacêutica. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF – UFC)

Ricardo Costa Frota. Psicólogo. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente dos cursos de Psicologia do Centro Universitário INTA – UNINTA e Faculdade IEDUCARE.

Richardson Augusto Rosendo Silva. Enfermeiro. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor Associado II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Risolinda Rodolfo de Sá Batista. Cirurgiã-dentista. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte. Egressa da 2ª turma de Mestrado em Saúde da Família da UFC.

Rochelle Holanda Barroso. Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (RENASF – UFC).

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas. Enfermeiro. Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor Adjunto II do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Professor colaborador da RENASF.

Maria Rosilene Cândido Moreira. Enfermeira. Doutora em Biotecnologia. Universidade Federal do Cariri (UFCA). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF – URCA).

Sabrina de Souza Gurgel Florencio. Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Secretária Municipal de Saúde, Fortaleza-CE.

Sâmara Fontes Fernandes. Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UFC). Pós-graduanda pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Faculdade Evolução Alto Oeste Potiguar (FACEP).

Sharmênia de Araújo Soares Nuto. Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – Fiocruz-CE)

Tainá da Silva Carmo. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista IC/UECE FECOP. Membro do Grupo de Pesquisa TECDOR (DgP-CNPq/UECE).

Tatiana Monteiro Fiuza. Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC/Famed).

Thaís Araújo Dias. Advogada. Mestre em Direito Constitucional Público e Teoria Política (UNIFOR). Docente do Curso de Direito da universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. Docente do Curso de Direito da Faculdade Via Sapiens.

Themis Cristina Mesquita Soares. Graduada em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Adjunta IV do curso de Educação Física da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

Valdenici Firmo de Aguiar. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Unidade Básica de Saúde Pajuçara-Natal (RN). Egressa do Mestrado em Saúde da Família (RENASF/ FIOCRUZ/UFMA).

Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas. Enfermeira. Doutora em Ciências pela ENSP/Fiocruz. Docente permanente da Pós-Graduação em Saúde da Família (RENASF – UFPB).

Zeni Carvalho Lamy. Médica neonatologista. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Docente da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

SUMÁRIO

PREFÁCIO..... 29

REFLEXÃO TEÓRICA 34

**APONTAMENTOS ACERCA DA ATENÇÃO
INTEGRAL E GNOSES DISSOCIATIVAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 35**

Alcides Silva de Miranda

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA FAMÍLIA:
INFLUÊNCIAS DA MEDICINA SOCIAL E DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 78**

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Maria Lúcia Magalhães Bosi

Tatiana Monteiro Fiuza

Renan Magalhães Montenegro Junior

**INSERÇÃO DO PLANTÃO PSICOLÓGICO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS
E POSSIBILIDADES PARA UM CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL 98**

Maria Kelviane Freitas da Silva

Jurema Barros Dantas

RELATO DE PESQUISA..... 123

**PROMOÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS
EM ADOLESCENTES ESCOLARES: UMA
INTERVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE.... 124**

Ricardo Costa Frota

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

José Reginaldo Feijão Parente

Maria Suely Alves Costa

*Daniel Domingues dos Santos
Conceição de Maria Castro de Aragão*

**ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CRIANÇAS
PREMATURAS: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA
DOS CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE 142**

*Natália Arrais Albuquerque
Mariana Cavalcante Martins
Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante
Fabiane do Amaral Gubert
Maria Tereza Lima Brilhante Marques
Eveline Pinheiro Beserra*

**SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES
COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA..... 161**

*Luiza de Paula Sousa
Michel Ângelo Marques Araújo
Sharmênia de Araújo Soares Nuto
Maria Vieira de Lima Saintraim
Carla Manuela Rodrigues Nogueira
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer*

**COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE
INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
DESAFIOS AO FLUXO DE INFORMAÇÕES EM
UMA REGIÃO DE SAÚDE 184**

*Gláucia Porto de Freitas
Ana Patrícia Pereira Morais
Patrícia Freire de Vasconcelos
Francisca Gomes Montesuma*

**QUALIDADE DE VIDA E APTIDÃO FÍSICA:
CENÁRIO ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM UMA CAPITAL NORDESTINA 209**

*Meire Lucy Araujo Farias
Ingredy Eyllanne Monroe Carvalho
Deysianne Costa das Chagas
Joseanna Gomes Lima
Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Ilana Mírian Almeida Felipe da Silva*

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE
VIDA: QUAL É A PERCEPÇÃO DE HOMENS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
UMA CAPITAL DO NORDESTE? 234**

*Guilherme Vidigal Fernandes da Silva
Ingredy Eyllanne Monroe Carvalho
Aline Sampieri Tonello
Larissa Maciel de Almeida
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Ilana Mírian Almeida Felipe da Silva*

**FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS
HOSPITALIZADOS: ESTUDO RETROSPECTIVO
EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO 259**

*Luziete Furtado da Cruz
Renata de Sousa Alves
Gerídice Lorna Andrade de Moraes
Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro
Tatiana Monteiro Fiuza
Karla Verbena Salviano Cavalcante*

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO E AS
COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM À LUZ DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA 279**

Jéssica Lima Benevides

Marcela Ariadne Braga Tomé

Neiva Francenely Cunha Vieira

Mariana Sales Bastos

Camila Freitas Andrade

Fabiane do Amaral Gubert

**ABORDAGEM COLETIVA DO PRÉ-NATAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES
SOBRE UMA EXPERIÊNCIA EM JOÃO PESSOA- PB 302**

Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas

Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

**ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA VIVENDO
COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA NO
SEMIÁRIDO NORDESTINO 323**

Sâmara Fontes Fernandes

Themis Cristina Mesquita Soares

José Giovanni Nobre Gomes

Richardson Augusto Rosendo da Silva

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas

Maria Rocineide Ferreira da Silva

**REDE SOCIAL DE APOIO NOS CUIDADOS DE
CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE NEONATAL 338**

Joama Gusmão Pereira Moreira

Zeni Carvalho Lamy

Fernando Lamy Filho

Hortênsia Coutinho da Rocha

Denise Streit Morsch

Dina Stefany de Oliveira Moreira

**SÍNDROME DA FRAGILIDADE: AVALIAÇÃO
E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 362**

Ana Cláudia Camurça de Fontes Dodt

Caroline Ribeiro de Sousa

Marília Braga Marques

Gerídice Lorna Andrade Moraes

Maria Célia de Freitas

Neiva Francenely Cunha Vieira

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS QUILOMBOLAS DO MARANHÃO,
BRASIL: RELATOS DE PESQUISA..... 383**

Rafael Lima Soares

Getúlio Rosa dos Santos Junior

Andressa Rayane Viana Barros

Isaias Pereira da Silva

Andréa Suzana Vieira Costa

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

**ALÍVIO DA ANSIEDADE UTILIZANDO REIKI E
RESPIRAÇÃO CONECTADA 406**

Luciana Rodrigues Cordeiro

Maria Fátima Maciel Araujo

Ângela Maria Alves e Souza

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE WEBSITE
PARA A PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO
E PREVENÇÃO DE HÁBITOS BUCAIS
DELETÉRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 421**

Risolinda Rodolfo de Sá Batista

Andréa Soares Rocha da Silva

Mariana Cavalcante Martins

Elaine Cristina Justino Teixeira

Ranielder Fábio de Freitas

Fabiane do Amaral Gubert

**CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
INFANTIL: ANÁLISE EM UMA CRECHE
COMUNITÁRIA 441**

Rochelle Holanda Barroso

Emilia Soares Chaves Rouberte

Katia Virginia Viana Cardoso

Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim

Rafaella Pessoa Moreira

**INTERFACES DA JUDICIALIZAÇÃO DO
DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ
À LUZ DOS PRINCÍPIOS DO SUS: UM OLHAR
DOS TOMADORES DE DECISÃO 463**

Francisco José Leal de Vasconcelos

Maria Socorro de Araújo Dias

José Reginaldo Feijão Parente

Lielma Carla Chagas da Silva

Karina Oliveira de Mesquita

Thaís Araújo Dias

**USO DE TELECONSULTORIAS POR
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM MUNICÍPIO MARANHENSE..... 489**

Ellen Rose Sousa Santos

Liberata Campos Coimbra

Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves

REVISÃO DE LITERATURA 513

**CONHECENDO PARA CUIDAR
INTEGRALMENTE: DIAGNÓSTICO DA
ATENÇÃO DIRIGIDA AO ADOLESCENTE EM
MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO 514**

Mirlla Karoline Costa Silva

João Bosco Filho

José Adailton da Silva

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos

Karla Patrícia Cardoso Amorim

**EFEITOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E
SAÚDE DA FAMÍLIA NOS INDICADORES DE
SAÚDE E VIOLÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS 536**

Helena Paula Guerra dos Santos

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer

Sabrina de Souza Gurgel Florencio

**PRÁTICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO
DOMICÍLIO DE IDOSOS COM PROGNÓSTICO
FATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 558**

Ana Claudia de Souza Leite

Anne Evelyn Gomes Serra

Tainá da Silva Carmo

Rayane Rodrigues Oliveira

RELATO DE EXPERIÊNCIA 586

**EFEITOS DA AURICULOTERAPIA COM
SEMENTES DE FREQUÊNCIA VIBRACIONAL
AMPLIADA NA SAÚDE DOS IDOSOS:
EXPERIÊNCIA NA COMUNIDADE 587**

Ana Cláudia Fortes Ferreira Carvalho

Ângela Maria Alves e Souza

Maria Fátima Maciel Araújo

Luciana Rodrigues Cordeiro

**PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA
SAÚDE DEPENDEM DE ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO 601**

Valdenici Firmo de Aguiar

Máisa Paulino Rodrigues

Ana Hélia de Lima Sardinha

Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Nair Portela Silva Coutinho

PREFÁCIO

O convite para prefaciar esta obra pode ser traduzido em dois sentimentos: uma honra e um desafio. Desafio que pode ser associado ao contexto que envolve esta publicação.

Neste momento em que o mundo enfrenta dificuldades diante de um cenário de pandemia por Covid-19, as estratégias e ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) requerem cada vez mais a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais situa-se a integralidade, incitando (auto)reflexões quanto ao efetivo papel de cada um de nós, quer seja como profissionais de saúde, professores, pesquisadores ou cidadãos, na incansável busca de um futuro diferente, mais justo e bom.

No contexto da Atenção Primária à Saúde, a produção do conhecimento tem ao longo dos tempos contribuído com reflexões que se traduzem em ações impactantes, conferindo melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade.

Exemplo dessas ações, este livro, que recebe o título de *Atenção Integral na Estratégia Saúde da Família: práticas e pesquisas na formação e no cuidado na Atenção Primária à Saúde*, é concebido no âmbito do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), elaborado pela nucleadora da Universidade Federal do Ceará (UFC), que é integrante das instituições colegiadas de formação situadas na região Nordeste, especificamente nos estados do Ceará, Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte e Paraíba. Esta iniciativa é uma estratégia importante de qualifica-

ção dos processos de trabalho, gestão e atenção vinculados à APS, em consonância com o fortalecimento do SUS. Nesta perspectiva, o conhecimento produzido é resultado das reflexões dos profissionais a partir de suas produções com a realização do mestrado, que intencionam a qualificação do trabalho no SUS.

A obra está organizada em 25 capítulos, com temas oriundos da produção dos mestrados e egressos da RENASF, em conjunto com professores e demais pesquisadores que compõem a rede de estudos afins à Saúde Coletiva brasileira, reunindo parte da produção resultante de práticas e pesquisas nos diversos cenários de trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, relativas à Atenção Integral na Estratégia de Saúde da Família.

Além de docentes, egressos e atuais mestrados da RENASF estão entre os autores dos capítulos, conferindo um contínuo intercâmbio de turmas. Como colaboradoras institucionais desta obra, constam as nucleadoras Fundação Oswaldo Cruz- Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Vale do Acaraú, compondo a tessitura intelectual de representação da Rede.

Avançando na leitura dos capítulos é possível verificar que a diversidade dos estudos catalogados reflete o quanto é abrangente o campo da integralidade em sua interface com a Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para o olhar ampliado dos profissionais da saúde na identificação de desafios e possibilidades que englobam conteúdos coadunados às linhas de pesquisa da RENASF: promoção da saúde, educação em saúde e atenção e gestão

do cuidado em saúde. Nesse aspecto, destaca-se a exemplaridade desta obra.

Aspectos da promoção da saúde destacaram-se em capítulos que envolveram: a atenção integral em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família; os efeitos da auriculoterapia com sementes de frequência vibracional ampliada na saúde dos idosos; a inserção do plantão psicológico na Atenção Primária à Saúde, enfocando o cuidado em saúde mental; a integralidade do cuidado e as competências de enfermagem à luz da promoção da saúde na primeira infância; estudos sobre crescimento e desenvolvimento infantil de crianças frequentadoras de uma creche comunitária; qualidade de vida e fatores associados à doença cardiovascular de usuários da APS em um bairro de São Luís-MA; as condições de saúde e qualidade de vida na perspectiva de homens atendidos na Atenção Primária; e os aspectos envolvendo a saúde materna, vulnerabilidade e vulneração relatadas por mulheres vinculadas à Estratégia Saúde da Família do Nordeste.

Perspectivas de educação em saúde estiveram presentes nos estudos sobre: a rede social de apoio nos cuidados de crianças egressas de unidade neonatal; a abordagem coletiva do pré-natal na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa-PB; e a promoção de habilidades sociais em adolescentes escolares, na perspectiva da integralidade.

A atenção e gestão do cuidado em saúde emergiram nos capítulos que compuseram expressivo conteúdo nesta obra, e consistiram em investigar os efeitos do Programa Bolsa Família nos indicadores de saúde e violência dos beneficiários; ações de pre-

venção da mortalidade infantil na Atenção Primária à Saúde; as práticas de cuidados paliativos no domicílio de idosos com prognóstico fatal na APS; a atenção às crianças prematuras pela ótica dos cuidadores e profissionais da saúde; as fraturas de fêmur em idosos hospitalizados; síndrome da fragilidade em idosos assistidos na APS; o alívio da ansiedade utilizando Reiki e respiração conectada; roda de conversa como instrumento auxiliar da gestão dos serviços na Atenção Primária; hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé-MA; prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em idosos quilombolas do Maranhão; estudos sobre a atenção dirigida ao adolescente em um município do Nordeste brasileiro; e a atenção integral à pessoa vivendo com HIV/Aids na Atenção Básica no semiárido nordestino.

Nesta complexa e robusta literatura é possível visualizar, com nitidez, que a integralidade indubitavelmente emerge de modo explícito e dialógico no cotidiano das equipes da Atenção Primária à Saúde e se reflete por meio de ações, estudos, diagnósticos, avaliações e perspectivas, constituindo um material rico e relevante, que instiga a leitura.

Conforme relatado no início deste prefácio, há um sentimento misto de desafio, mas também de honra traduzida na alegria de poder contribuir com as primeiras páginas desta obra, tecendo o quão gratificante é poder participar deste momento especial que envolve a reunião de diversos intelectos na elaboração de capítulos escritos por muitas mãos.

Especial menção cabe conferir aos(às) organizadores(as) desta obra, parabenizando-os(as) por lançarem em formato de

textos uma centelha do multiverso que envolve a pesquisa, a pós-graduação e a atuação na Estratégia Saúde da Família. A amplitude das produções que nascem no seio da RENASF confere oportunidades para a publicação de futuros volumes como o que aqui se apresenta. Certamente, um passo importante para a consolidação das parcerias voltadas aos estudos e pesquisas entre os profissionais foi conferido com esta publicação.

Desejamos que a divulgação destas experiências de pesquisa possa inspirar outros profissionais e pesquisadores comprometidos com a Atenção Primária à Saúde a compartilhar conhecimentos produzidos em distintas iniciativas de formação.

Boa leitura!

*Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF
Nucleadora Fundação Oswaldo Cruz – Ceará*

*Maria Rosilene Cândido Moreira
Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF
Nucleadora Universidade Regional do Cariri – Ceará*

REFLEXÃO TEÓRICA

APONTAMENTOS ACERCA DA ATENÇÃO INTEGRAL E GNOSES DISSOCIATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Alcides Silva de Miranda

INTRODUÇÃO

A antiga filosofia clássica grega iniciou a sua distinção identitária quando os seus luminares buscaram decompor as formas de (re)produção do conhecimento humano e social, a partir do conceito primordial de *gnose* (ou *gnosis*, termo substantivo do verbo *gignósko*: conhecer); quando, sob tal distinção e decomposição, buscaram se vincular ao sentido epistemológico de conhecimento racional. Até então, o conhecimento *gnóstico* era exclusivo para “iniciados” (esotérico) e provinha da combinação entre modos imanentes e transcendentais de sua (re)produção, ou seja, provinha da imanência de observações e/ou de experiências materiais realizadas e da transcendência de revelações imateriais (epifanias, sonhos, “visões” etc.) e de suas interpretações (hermenêuticas) por meio de ritos religiosos, mágicos, esotéricos etc. Evidentemente, a apropriação esotérica e o controle sobre a (re) produção de conhecimentos, notadamente daqueles aplicáveis às condições concretas e às necessidades sociais, implicavam estatutos, capitais e recursos de poder para os detentores.

Um exemplo significativo de gnosés helênicas referidas ao campo dos cuidados de Saúde pode ser atribuído ao mito de *Asclépius* (*Esculápio*) e de suas filhas *Higeia* (*Salus*) e *Panaceia* (*Panacea*). Eram semidivindades cultuadas nos mesmos templos, com

sacerdotes e sacerdotisas que possuíam vinculações e atribuições específicas, que usavam conhecimentos terapêuticos empíricos e, ao mesmo tempo, interpretavam revelações transcendentais e vaticinavam tabus e ritos curativos. Do mito de *Higeia* derivou uma tradição empírica de cuidados integrados entre corpos, alimentos, territórios, ares (*miasmas*) e ambientes. Do mito de *Panaceia* derivou uma tradição empírica da necessidade de equilíbrio dinâmico entre princípios vitais (humores), que serviu como analogia para o uso de princípios terapêuticos e intervenções visando corrigir deficiências ou excessos.

Na decomposição filosófica clássica da gnose, a *episteme* (“conhecimento certo”) ficou estabelecida como o componente de conhecimento derivado de observações metódicas, de experimentações intencionais e reproduzíveis, de análises lógicas (*logos*, “razão”) indutivas ou dedutivas e, claro, tornou-se a vertente ancestral e o vetor ocidental para o que, séculos mais tarde, seria estabelecido como a(s) Ciência(s). A *doxa* (opinião, convicção), por sua vez, era o componente de conhecimentos que provinham de observações, experiências, convicções, opiniões e vivências singulares (pessoais) ou particulares (de grupos, corporações); contudo, podia ser de natureza autocrata (ortodoxia) ou de caráter relativizável (heterodoxia). Finalmente, o *dogma* (“aquilo que se pensa que é verdade”) era o componente de conhecimentos provenientes da interpretação consagrada ou habilitada acerca de revelações transcendentais, verticais absolutas, incontestáveis, típicas das hierarquias religiosas.

O curioso paradoxo decorre de que, contemporaneamente, mesmo a(s) Ciência(s), que sempre reivindicaram a gênese e

o estatuto epistemológico, terminaram por também reproduzir *doxas* e *dogmas* científicos compartilhados entre “iniciados” (“comunidades científicas”), ou seja, inevitavelmente reconstituíram novas gnosés. Não obstante, para justificar tal paradoxo teríamos que recorrer a outras categorias filosóficas clássicas (como a dialética...), o que não vem ao caso no momento, em função do enfoque particular a ser destacado.

O enfoque particular e a ênfase neste capítulo têm a ver com uma reflexão sumária acerca dos conhecimentos gnósticos compartilhados por determinadas comunidades de práticas ou de *práxis* que atuam a partir de fundamentos, de estatutos e de regimentos científicos, institucionais, programáticos, além de práticas cotidianas: a comunidade típica da “Atenção Primária à Saúde” (APS).

As comunidades de práticas estão caracterizadas como grupos com interesses comuns e afins, que buscam aprender com a experimentação de conhecimentos correlatos. Há três componentes destacados em tal caracterização: o domínio em uma determinada área de conhecimento; as interações orientadas pelos propósitos comuns de aprendizados empíricos; as práticas, propriamente ditas, que implicam e decorrem no compartilhamento dos aprendizados adquiridos¹. Devo admitir que considero tais caracterizações estritamente teleológicas (orientadas somente para fins), consubstanciando um conceito típico de racionalidade mais pragmática e utilitária. Somente experimentar conhecimentos prévios, compartilhar os aprendizados acerca das experimentações, também pode decorrer no desenvolvimento de competências meramente instrumentais e de adestramentos para

comportamentos regrados.

Particularmente, eu prefiro a caracterização de comunidades de práxis, categoria filosófica, também clássica, que dispõe de dinâmicas complexas e dialéticas, com determinações intervenientes e transformações recíprocas entre teoria e prática. Uma comunidade de práxis se constitui a partir da sua capacidade para implementar e aprender com a experimentação e o exercício prático de teorias; todavia, também modificando-as a partir de ajustes, inovações ou rupturas. Ou seja, coproduzindo novas teorias, novas aplicabilidades teóricas, metodológicas, tecnológicas etc. que, continuamente, referenciarão novas práticas.

Preliminarmente, é importante destacar que a APS, em si, não constitui um campo científico, mas uma estratégia institucional e programática para a organização sistêmica e funcional de recursos financeiros, administrativos, físicos (estabelecimentos, equipamentos etc.), tecnológicos (modelagens, itinerários, rotinas, procedimentos etc.), de trabalho profissional e da produção de serviços de saúde em determinado âmbito de convivência social e de abrangência territorial (local), de arranjo reticular e/ou nível hierarquizado, de densidade tecnológica, de custeio etc. Estratégias institucionais requerem formulações teóricas e/ou metodológicas; arquiteturas modelares e sistêmicas; apropriações e utilizações tecnológicas; cálculos sobre condições e termos de viabilidade, de factibilidade e de sustentabilidade; substratos e subsídios recursivos; movimentos intencionais; implementações e gestão; e, principalmente, criatividade (autopoiese) e trabalho humano em práticas concretas e cotidianas.

As comunidades científicas da APS cultivam e comparti-

lham mutuamente um *corpora paradigmático*, designação derivada do conceito de *paradigma* (KUHN, 1998), termo também originário da filosofia clássica grega, mas reciclado contemporaneamente como categoria epistemológica, que significa um conjunto de valores, de diretrizes normativas e regulatórias que compõem uma matriz identitária, modelagens metodológicas, convergências estratégicas, regramentos comportamentais e instrumentais. É importante denotar que, embora com uso bastante vulgarizado na contemporaneidade, a categoria de *paradigma* está referida exclusivamente às comunidades científicas.

Claro, as comunidades vinculadas ao campo da APS não são somente e estritamente “científicas”, mas também técnicas... Enfim, embora convergentes, múltiplas e diversas, também com seus conhecimentos doxológicos e dogmáticos, que constituem não somente um *paradigma* científico próprio, mas, sobretudo, uma gnose particular.

Sendo assim, para versar sobre essa gnose particular, convém discorrer, de início, mesmo que sumariamente, sobre o arquétipo ancestral do campo da APS, assim como sobre algumas formulações estratégicas e experiências históricas modelares e afins.

Arquétipo ancestral e contextos paradigmáticos para a Atenção Primária à Saúde

O personagem histórico que tem servido como arquétipo ancestral para o campo gnoseológico da APS é o “médico de família”, originário da época de surgimento da Clínica, do século XVIII até meados do século XIX (FOUCAULT, 1977). Um perí-

odo histórico em que predominou a produção de conhecimentos clínicos a partir de racionalidade indutiva-dedutiva, ou seja, da observação metódica de casos (singularidades, particularidades), de experimentações, da dedução de regularidades (“história natural das doenças”, normas explicativas) com decorrentes classificações diagnósticas e de tendências prognósticas etc. De início, a reprodução de tal conhecimento científico se dava a partir de racionalidade hipotético-dedutiva, ou seja, os médicos eram condicionados a introjetar as classificações diagnósticas e adestrados a executarem procedimentos diagnósticos detalhados (anamneses, exames físicos etc.).

Os médicos de família europeus exerciam o seu ofício com ênfase em diagnósticos, prognósticos e cuidados clínicos específicos, uma vez que ainda era limitado o arsenal de intervenções terapêuticas eficazes para problemas considerados mais graves. Mesmo assim, sabiam e podiam lidar com grande parte dos problemas de saúde mais prevalentes e menos graves. Sua prática clínica de âmbito domiciliar era remunerada diretamente pelos demandantes dos atendimentos, o que dependia de relações de confiança, da constituição de vínculos e de autonomia profissional. O que, concomitantemente com o sentido inicial do “liberalismo” na época, tornou tal prática pertinente com o termo convencionado como profissão “liberal”, “profissional liberal”.

Evidentemente, as práticas clínicas domiciliares de então requeriam nexos e entendimentos sobre os meios e modos de vida das pessoas, famílias, vizinhanças e comunidades. As prescrições contemplavam hábitos alimentares, de higiene, de redução de danos e de proteção aos fatores de riscos já conhecidos (ambientais, laborais etc.).

Todavia, em razão de múltiplos determinantes e, principalmente, a partir de meados do século XIX, as práticas clínicas cotidianas desse personagem ancestral, assim como o próprio, migraram do âmbito domiciliar e comunitário para os ambulatórios particulares e hospitalares. A Medicina de Família se reconstituiu como “clínica ambulatorial”, decorrendo também em reconfigurações tecnológicas leves (relacionais) e leves-duras (modelares). A enorme e abrangente produção de conhecimentos clínicos, o desenvolvimento de novas terapias, a emergência de novos centros de formação etc. requereram especializações e um novo *topos logístico* e operacional.

Importa ainda destacar que no referido período também ocorreram os primórdios da chamada “Medicina Social”, com ênfase em iniciativas de reformas para legislações, na constituição e execução de políticas públicas e governamentais de Saúde; e do Higienismo, com ênfase no adestramento educacional para iniciativas de prevenção e medidas de autocuidado. Porém, diante da hegemonia do paradigma de unicausalidade bacteriana e do positivismo biomédico, ambas as tradições eram marginais e dissociadas das práticas clínicas ambulatoriais. Tal dissociação, quando estruturada sistemicamente, também implicou dissonâncias ao que anteriormente poderiam ser consideradas como práticas clínicas domiciliares com convergências entre assistência e cuidados integrais.

No início do século XX, a partir dos Estados Unidos da América, ocorreu a consolidação dissociativa entre clínica biomédica positivista e as outras tradições epistemológicas e formas de atenção e cuidado em Saúde. O famoso relatório prescrito pelo

pedagogo Abraham Flexner (“Relatório Flexner” – Fundação Carnegie, 1910), embora referenciado para reformas de cursos de Medicina (nos EUA e Canadá), instituiu, a partir de políticas subsequentes, o âmbito hospitalar como única instância válida para as práticas clínicas e a (re)produção de conhecimentos correlatos. Consta no referido relatório que o ensino da clínica deveria ocorrer em enfermarias hospitalares “com pacientes de vários departamentos especializados...”. Como também consta que os ambulatórios eram necessários, porém limitados para o ensino, porque o “controle” dos casos era insatisfatório, visto que muitos pacientes não retornavam para novas consultas de seguimento (NOVAES, 1990). Flexner chegou a utilizar o termo “assistência médica primária” para designar o que caracterizou como “atividades missionárias de vocação pastoral” típicas de áreas rurais.

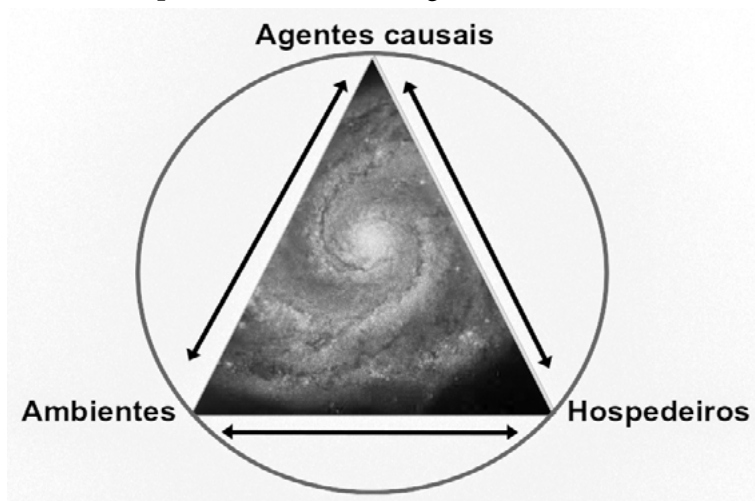
Entre 1913 e 1915, o mesmo Flexner, agora na condição de Secretário do Conselho Geral de Educação da Fundação Rockefeller, prescreveu a criação de “Escolas de Saúde Pública” vinculadas às universidades e buscou fomentar recursos financeiros para tal propósito. Para tais escolas ele atribuiu o ensino tradicional das disciplinas de Higiene, com ênfase em aspectos administrativos, de controles endêmicos, de saneamento e de educação sanitária. O fomento financeiro instituído possibilitou, principalmente a partir da década de 1920, a criação de algumas escolas e tradições de Saúde Pública (PAIM, 2006).

De acordo com Paim (2001; 2006), a partir da década de 1920, a Fundação Rockefeller apoiou financeiramente a criação de “Escolas de Saúde Pública” nos Estados Unidos, com ênfases distintas acerca da nascente Saúde Pública: preponderância de

medidas preventivas pautadas em enfoques educacionais para o autocuidado e reformas orientadas por engenharia sanitária, visando à higiene industrial e à promoção da saúde escolar a partir do trabalho educativo de agentes treinados (tradição originada na escola da Universidade de Harvard); enfoque pautado por ciências sociais e das economias políticas aplicadas às intervenções sanitárias (tradição originada na escola da Universidade de Colúmbia); preponderância de enfoques biomédicos pautados em estatística, epidemiologia e bacteriologia ambientados em hospitais-escolas (tradição originada na escola da Universidade Johns Hopkins).

Da gradual conformação disciplinar da epidemiologia de “doenças contagiosas” e da tradição epistemológica do Higienismo, a Saúde Pública constituiu a sua primeira modelagem paradigmática: de equilíbrio dinâmico na tríade ecológica (Figura 1). Curiosamente similar com uma simbiose entre as tradições de *Higiene* e *Panaceia*, os processos de saúde e doença dependeriam das dinâmicas de equilíbrio dinâmico ou desequilíbrio entre agentes causais (não necessariamente biológicos), meios ambientais e “hospedeiros”. Assim, as intervenções de Saúde Pública deveriam primar pela potencialização e sinergia nas interações de combate aos agentes causais (endemias, epidemias), cuidados com os ambientes (proteção às exposições com riscos) e reforços (nutricionais, imunológicos etc.) aos hospedeiros. Porém, medidas de Saúde Pública não eram concernentes às práticas de clínica ambulatorial, mesmo em âmbitos locais.

Figura 1 – Modelagem paradigmática de equilíbrio/desequilíbrio dinâmico a partir da tríade ecológica.



Fonte: Adaptação do autor (2021).

Retornando ao cenário europeu, ainda no século XIX ocorreram eventuais exemplos históricos de modelagens com estratégias institucionais congêneres ou típicas do que poderia ser considerado mais tarde como APS. Todavia, foi também no início do século XX que houve a apresentação sistematizada de uma proposição política e estratégica para a regionalização e a hierarquização estruturada em níveis assistenciais de saúde: o Informe Dawson (NOVAES, 1990), publicado em 1920, na Inglaterra. Uma característica relevante desse documento é a ênfase no sentido de integralidade assistencial em âmbitos locais (no caso, territórios com até 25.000 hab.), a partir da identificação de necessidades assistenciais mais prevalentes, da seleção de prioridades clínicas, do treinamento permanente e trabalho de equipes profissionais (com médicos(as) e enfermeiros(as)). Consta no Informe Dawson que:

“[...] A medicina preventiva e curativa não podem ser separadas em virtude de nenhum princípio sólido, pois, todos os planos de serviços médicos devem ser estreitamente coordenados”... Além disso, “Os serviços para uma família de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça serviços curativos e preventivos” (1964, p. 72).

Todavia, o Informe não decorreu em política pública concreta, portanto, tampouco na implantação de estratégias institucionais correlatas e serviços afins, servindo somente como uma referência paradigmática de formulação estratégica original.

Também na Inglaterra, a partir de meados da década de 1940 houve a implantação do *National Health System* (NHS), por intermédio de uma reconfiguração logística e organizativa para a rede de serviços de saúde de âmbito local. Em tal ocasião, o Ministro da Saúde, Aneurin Bevan (1947), buscou viabilizar uma mediação política entre o movimento estratégico para a pretendida reforma sistêmica com inovações de acessibilidade universal e os interesses de corporações médicas. De tal mediação surgiu a rede assistencial de serviços médicos ambulatoriais, embora ainda dissociados da maior parte das estratégias institucionais de Saúde Pública. Ou seja, a Atenção Primária do NHS surgiu como base de serviços clínicos, assistenciais e ambulatoriais.

A partir da década de 1940 ocorreram inovações significativas nas metodologias de investigação e de experimentação clínica, com o reforço de evidenciamentos validados por pesquisas básicas (notadamente, nas áreas de imunologia e bioquímica) e de ensaios terapêuticos. A epidemiologia, até então pautada tipi-

camente por modelagens explicativas acerca de doenças infecto-contagiosas, passou a desenvolver metodologias apropriadas para análises e explicações acerca de doenças crônicas e degenerativas e de seu controle (estudos longitudinais de caso-controle e coortes).

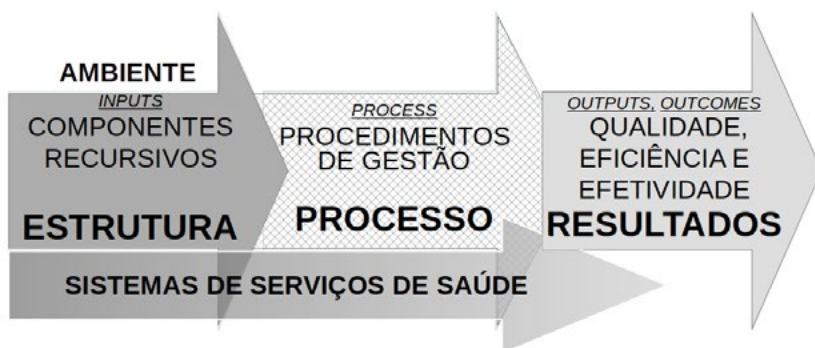
De volta ao cenário dos EUA, ainda a partir da década de 1940, consolidou-se a dissociação da clínica biomédica, com a criação de departamentos específicos como apêndices disciplinares para a Saúde Pública (Medicina Preventiva e Social, Epidemiologia etc.). Com a incorporação de enfoques e novos métodos epidemiológicos para o estudo sobre as doenças não transmissíveis houve a necessidade de adaptações paradigmáticas para os modelos explicativos da Saúde Pública.

No decorrer da década de 1960, os EUA dispuseram a sua própria experiência institucional de APS, com a organização de uma estratégia programática de “Medicina de Família e Comunidade” implantada em Centros de Saúde de grandes áreas urbanas. Curiosamente, em parte das equipes houve a inserção de psiquiatras e psicólogos, denotando a ênfase e a preocupação com aspectos de controle e amortecimento de tensões sociais (PAIM, 2001).

Ainda em meados da década de 1960, houve um esforço para a adaptação da Teoria de Sistemas Sociais (formulada inicialmente por Talcott Parsons, na década de 1940) aplicada em análises no campo da saúde. Avedis Donabedian, médico e pesquisador (New York Medical College), iniciou um trabalho de avaliação sistêmica da qualidade de serviços médicos (DONABEDIAN, 1966; 1982) e formulou o escopo de uma tríade de ple-xos sistêmicos estruturais/recursivos, processuais e de resultados, considerada a produção de serviços e os impactos produzidos no

estado de saúde de indivíduos e populações (Figura 2). Extrapolações dessa modelagem triplexa tornaram-se paradigmáticas para análises sistêmicas no campo da Saúde Pública; todavia, convém denotar que o seu escopo e motivação originais estavam estabelecidos para avaliações da qualidade de procedimentos clínicos e de assistência médica ambulatorial.

Figura 2 – Representação gráfica de plexos sistêmicos para a organização e avaliação de sistemas de serviços de Saúde.

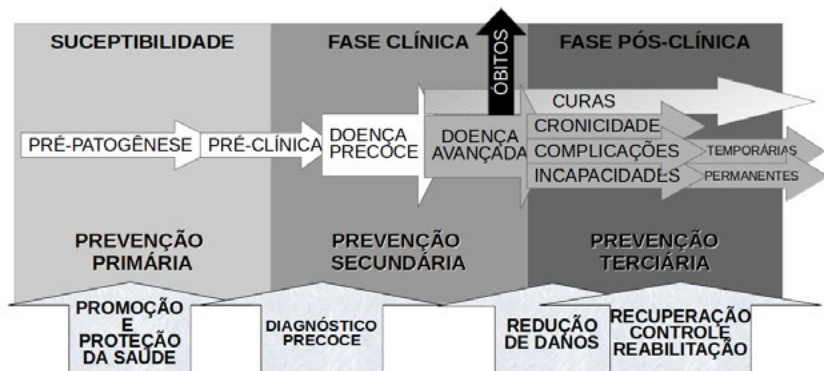


Fonte: Donabedian (1966). Adaptação do autor (2021).

Já na década de 1970, foi divulgada a proposição modelar de reformulação da “história natural das doenças”. Complementarmente ao raciocínio indutivo-dedutivo que originou o modelo explicativo da história natural das doenças pela Clínica no século VIII (pródromos, diagnósticos, prognósticos), a remodelagem formulada por Leavell e Clark (1976) preconizou não somente as fases típicas (prévia, clínica, posterior de desdobramentos e/ou desfechos), como também os níveis de prevenção e de intervenção para estratégias institucionais e programáticas.

Figura 3 – Representação gráfica de remodelagem paradigmática

da “história natural das doenças” a partir do modelo de Leavell e Clark, com a definição de níveis de prevenção e intervenção.



Fonte: Leavell e Clark (1976). Adaptação do autor (2021).

Por ocasião da “I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e realizada no ano de 1978, em Alma-Ata (Cazaquistão), a referida adaptação paradigmática dos níveis de prevenção inspirou uma reconfiguração logística para um modelo de níveis hierarquizados de Atenção Integral à Saúde (Figura 4), distinguíveis pela complexidade e densidade tecnológicas, bem como pelos custos assistenciais. A Declaração de Alma-Ata (“Saúde para todos no ano 2000”) estabeleceu os princípios e diretrizes organizativas da APS, tais como: ambiência e territorialidade locais; porta de entrada para os outros níveis sistêmicos hierarquizados (Figura 3); utilização de tecnologias apropriadas para lidar com problemas de saúde mais prevalentes e “menos complexos”; reconhecimento de heterogeneidades de exposições populacionais e territoriais aos riscos (ambientais, epidemiológicos, socioeconômicos etc.); necessidade de participação social.

O princípio de integralidade para as políticas, as estraté-

gias e as ações institucionais de saúde no âmbito local e comunitário é substrato imprescindível para a APS, na versão de Alma-Ata. Trata-se da pretensão de integralidade de políticas públicas inter-setoriais visando à promoção e produção social de saúde, como também da integralidade de enfoques e abordagens de indivíduos (singularidades de casos), de grupos (particularizações coletivas) e de populações (generalizações coletivas). Ou seja, requer a integralidade entre abordagens clínicas e de Saúde Pública. A integralidade como diretriz organizativa implica a conformação complementar e subsidiária dos outros níveis de atenção e requer fluxos e termos de resolubilidade ou acompanhamento de problemas de saúde.

Figura 4 – Níveis hierarquizados de Atenção à Saúde, a partir da definição modelar da Declaração de Alma-Ata (SPT-2000).



Fonte: Adaptação do autor (2021).

Do mesmo modo, o princípio da universalidade de acesso também distingue a APS, na versão de Alma-Ata, como base de sistemas universais de saúde de seus vieses segmentados e focalizados somente em grupos populacionais específicos (denomi-

nadores populacionais de riscos, de vulnerabilidades, de pobreza etc.). Alguns autores, como Mário Testa (1992), criticaram as estratégias de segmentação e focalização da APS, como também o seu subfinanciamento, denominando essas modalidades como “Atenção Primitiva à Saúde”.

Ainda na década de 1970 e, especificamente, no Brasil, ocorreu uma significativa distinção paradigmática em relação ao campo da Saúde Pública (notadamente, com críticas à chamada “Medicina Preventiva e Social”), com o surgimento de comunidades praxiológicas e a derivação de um novo campo denominado como “Saúde Coletiva”. As principais distinções entre Saúde Pública e Saúde Coletiva têm a ver com concepções e proposições (políticas, planejamento e gestão; epidemiologia crítica etc.), com complexidades sistêmicas e com o vetor das Ciências Sociais e Humanas aplicadas à Saúde. Essa referida transição paradigmática e a comunidade da Saúde Coletiva formularam e consubstanciaram as principais formulações políticas e estratégicas para a posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alguns autores destacam que a criação do campo da Saúde Coletiva não estabeleceu uma mera transição paradigmática para com a típica matriz epistemológica da Saúde Pública (ou seja, uma “nova” Saúde Pública), mas uma distinção primordial acerca do “objeto” e das práxis de investigação e de intervenção (PAIM, 1998). Com o advento de teorias da complexidade (MORIN; LE MOIGNE, 2001) e com a inovação de teorias sistêmicas (LUHMANN, 1995), as concepções sobre processos de produção social de saúde/doença (e outros eventos e desfechos correlatos), assim como as metodologias e tecnologias afins, demandaram

enfoques interdisciplinares (em alguns casos, transdisciplinares), outros tipos de arquiteturas modelares, outros modos para intervenções e avaliações. Por exemplo, a ideia modelar de um “objeto” (individual ou coletivo) de investigação científica e de intervenção tecnológica é contestada e redefinida como uma situação complexa, com dialéticas intervenientes (sujeitos/objetos, singularidades/particularidades/generalizações, hierarquia/poliarquia etc.) que não cabem e nem se esgotam em áreas e intervenções disciplinares (mesmo que convergentes).

Da pretensão distintiva entre Saúde Coletiva e Saúde Pública surgiram novas concepções metodológicas, tecnológicas e logísticas, com uma remodelagem para a Atenção Integral que constituiu um tensionamento normativo a partir da criação e implantação incremental do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Adiante, no decorrer das décadas de 1980 e 1990, ocorreram mais duas transições paradigmáticas importantes para a reconfiguração epistemológica e logística da APS: a transição para a Clínica (ambulatorial) baseada em evidências e a proposição modelar para a APS organizada a partir de uma arquitetura reticular e com atributos integrativos.

Convém realçar que desde o século XIX, com as derivações, as ramificações e as especializações das comunidades científicas vinculadas ao campo da Clínica, tornou-se mais apropriada a referência plural do termo, ou seja: Clínicas.

O que tenderia a ser uma definição redundante, a utilização da Clínica baseada em critérios metodológicos e evidências científicas, denota particularmente um esforço para a constituição de um novo campo praxiológico pautado em comportamentos re-

grados e guiados por algoritmos decisoriais (protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, linhas e fluxos assistenciais etc.), com ênfase em maior eficácia interventiva (atividades úteis evidenciadas em condições experimentais) e maior eficiência alocativa de recursos. Tal movimento implicou melhor articulação entre a Clínica e a chamada “epidemiologia clínica”, com a valorização de determinados métodos para a produção de evidências científicas (notadamente, ensaios clínicos individuais e agregados), como também numa espécie de extrapolação para o uso da típica racionalidade clínica na abordagem e na intervenção sobre fenômenos coletivos.

Quando aplicada ao contexto das práticas ambulatoriais, a produção metodológica e empírica proveniente da “Clínica baseada em evidências” constituiu um conjunto de diretrizes, fluxos e algoritmos decisoriais (*guidelines*), além de uma reciclagem de racionalidade sistêmica com novos arranjos organizativos, funcionais e regulatórios de serviços de saúde e novas dinâmicas de condução e regulação (gestão da clínica e do cuidado, *governança* clínica etc.). Em certa medida, também produziu alguns vieses dogmáticos que dificultaram os diálogos e os intercâmbios com outras formas de conhecimentos populares acerca de cuidados de saúde em âmbitos comunitários.

A partir da década de 1990, ocorreram importantes iniciativas para a atualização das teorias de sistemas aplicadas aos contextos de serviços de saúde, consubstanciadas em análises e novas modelagens ordenadas em arranjos reticulares, em redes. Alguns estudos no campo da Saúde buscaram compatibilizar os termos de transição paradigmática das teorias de sistemas com a ênfase

na produção de evidências para uma espécie de “clínica ampliada”, com ênfase na eficácia (resultados experimentais, sob condições parcialmente controladas) e efetividade (resultados sob condições reais, cotidianas) de estratégias programáticas, como a APS. Particularmente, a publicação, em 1994, de um estudo multicêntrico realizado em 12 países acerca das condições e dos termos de efetividade da APS, sob a coordenação da Dra. Bárbara Starfield (Universidade John Hopkins), produziu uma grande repercussão e impacto, constituindo significativa referência para a remodelagem paradigmática da APS.

Mesmo antes da década de 1990 e aqui no Brasil, o autor Eugênio Vilaça Mendes já recomendava e publicava reformulações sistêmicas significativas para a APS, adotando arranjos reticulares e acrescentando funções sistêmicas desconsiderados pelo modelo triplexo *donabediano* e apresentando racionalidade sistêmica e preceitos logísticos para a “gestão da clínica” a partir de instância e dinâmicas de “cooperação gerenciada” (MENDES, 1995; 1998; 2011).

Os trabalhos de reformulações sistêmicas baseados em evidências de efetividade produziram um conjunto de princípios organizativos, de atributos funcionais e de diretrizes organizativas para a APS. A ênfase na responsabilização de equipes multiprofissionais pelo cuidado de populações adscritas em territórios, a valorização do diálogo intercultural e da comunicação, a necessidade da produção de serviços resolutivos como condição para a legitimação social são alguns dos fundamentos da APS. Formas estabelecidas, tensionamentos normativos para atributos de cuidados, tais como: a prioridade (não exclusividade) do primeiro

contato, a longitudinalidade dependente de relações de compromisso e vínculo, orientação comunitária, o foco nas famílias; a coordenação dos processos regulatórios de fluxos (referências, contrarreferências); a necessidade de desenvolvimento de competências culturais e a integralidade entre enfoques/intervenções individuais e coletivos.

Os trabalhos coordenados por Bárbara Starfield também foram importantes para a inovação e o desenvolvimento de aplicação de métodos, tecnologias e instrumentos para a avaliação da APS: *Primary Care Assessment Tool (PCA tool)*, *Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups (ACG)* etc.

Nos últimos anos, têm se sobressaído aportes metodológicos e tecnológicos sobre arranjos sistêmicos em redes de cuidados e, particularmente, sobre formas de regulação, de “governança” e de gestão para a Clínica.

A transição paradigmática da APS, em intercurso desde a década de 1990, evidentemente consolidou valores ético-sociais significativos e diretrizes organizativas mais eficazes, como também constituiu adaptações (não rupturas) epistemológicas com derivações metodológicas e tecnológicas (principalmente para tecnologias leves e leves-duras). Naturalmente, também reconstituiu comunidades de práxis e, inevitavelmente, alguns vieses dogmáticos e doxológicos, como em anteriores experiências históricas.

Grosso modo, no plano internacional, torna-se possível referir que a constituição histórica da matriz paradigmática a partir da qual está referenciada a APS (lembrando: como estratégia institucional, sistêmica, modelar, organizacional, funcional, pro-

gramática) deriva da interveniência dialética entre conformações epistemológicas, diretrizes metodológicas e arranjos organizativos provenientes das Clínicas (particularmente, de entorno ambulatorial) e da Saúde Pública. Interveniências que produziram amálgamas com integrações, justaposições e também dissonâncias que, pelo menos no hemisfério Norte, estão hegemônicas por modelagens tecnoassistenciais com ênfase no trabalho médico ambulatorial. Todavia, no caso brasileiro, ocorreram interveniências particulares e com derivações significativas, a partir das pretensões distintivas da Saúde Coletiva.

Também é possível referir que o mesmo itinerário histórico constituiu distintas gnosés e comunidades de práxis para a APS, que orbitaram e orbitam em campos múltiplos, mas com uma identidade em comum: as práticas de produção e reprodução de conhecimentos aplicáveis, de cuidado e de assistência em âmbitos locais, comunitários.

Uma vez apresentada uma contextualização sumária acerca de paradigmas arquetípicos e conjunturalmente hegemônicos para a APS no plano internacional, convém enfatizar, também sumariamente, o contexto específico do caso brasileiro, sob a égide constitucional do SUS. Principalmente porque as tensões normativas (princípios e valores ético-sociais, estratégias de horizonte, diretrizes organizativas etc.) para as políticas públicas de Seguridade Social e, particularmente, de Saúde, dispõem pretensões mais abrangentes para a ideia-valor de Atenção Integral à Saúde.

A Atenção Primária/Básica à Saúde no contexto e perspectiva do Sistema Único de Saúde

Parece evidente que a formulação constitucional do SUS guarda inspiração e similaridades com as modelagens de níveis hierarquizados de prevenção (LEAVELL; CLARK, 1976) e de atenção à Saúde (SPT-2000, Alma-Ata), todavia, convém destacar que a mesma é bem mais abrangente no que concerne às concepções e premissas acerca dos processos e complexos de produção social de saúde.

Nos típicos modelos hierarquizados em níveis de prevenção e de intervenções, mesmo em se reconhecendo os complexos multideterminantes e interdependentes para os processos de morbidades, de agravos, de sequelas etc., tende a haver ênfase em tecnologias e serviços assistenciais setorizados (sistemas de serviços assistenciais de saúde).

Na formulação constitucional da Seguridade Social, incluídos o setor e os sistemas institucionalizados de Saúde, prevalece a ênfase no entendimento de que os complexos multideterminantes dos processos de saúde tendem a incidir de modos iníquos em indivíduos, grupos e populações. Ou seja, as multideterminações complexas tendem a condicionar iniquidades nas exposições aos riscos (biológicos, sociais, ambientais, laborais etc.) e aos desgastes (no mundo da vida, do trabalho etc.), tendem a condicionar vulnerabilidades iníquas.

Se na modelagem de Leavell e Clark (1976) as respostas sistêmicas hierarquizadas (promoção, prevenção, assistência clínica, redução de danos e reabilitação) estão condicionadas aos agravos clínicos e de causas externas, a Atenção Integral estabele-

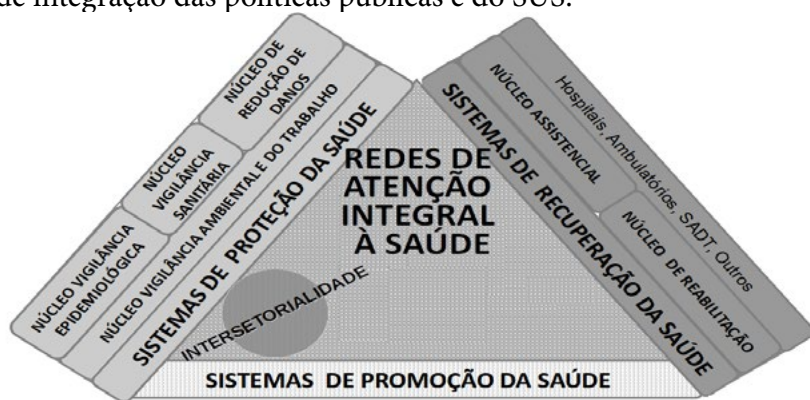
cida como tensão normativa para o SUS preconiza a integração de políticas públicas (intersectorialidade) para lidar com as multiterminações complexas em perspectiva de promoção e prevenção da saúde; políticas e estratégias intersectoriais e redes de serviços para priorizar a vigilância e a proteção dos (indivíduos, grupos e populações) mais expostos aos riscos e aos desgastes, mais vulneráveis; políticas e estratégias setoriais para a assistência, a reabilitação e a reintegração (Figuras 5 e 6).

Figura 5 – Representação gráfica de vertentes e vetores complexos dos processos de produção de saúde e das respostas institucionais sob a forma de políticas públicas integradas (Atenção Integral à Saúde).



Fonte: Adaptação do autor (2021).

Figura 6 – Representação gráfica de sistemas de serviços de Atenção Integral à Saúde, intersetoriais e setoriais, na perspectiva de integração das políticas públicas e do SUS.



Fonte: Adaptação do autor (2021).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, início do governo de Fernando Collor de Mello (1990), na discussão inicial acerca da definição da APS para o contexto da legislação complementar do SUS, surgiu uma celeuma para a qual não havia tempo hábil de amadurecimento das discussões e para a produção de consenso mínimo, dada a conjuntura ocasionalmente desfavorável e adversa. A polêmica tinha a ver com a distinção entre estratégias de Atenção Primária focalizada (em denominadores populacionais específicos), seletiva e de baixo custo orçamentário, com a estratégia de uma Atenção Primária como base de um sistema universal de saúde. Corria o ano de 1990, tal discussão e definição poderiam ter ocorrido na IX Conferência Nacional de Saúde (programada para ser realizada naquele ano), todavia o governo de Collor protelou a realização desse evento (que só veio a ocorrer em 1992).

Com a premência para o encaminhamento de uma legislação complementar para o SUS ainda naquele ano de 1990, houve um acordo entre representantes de gestores de secretarias municipais e estaduais de Saúde (CONASEMS e CONASS) para uma tipificação legal dos níveis de atenção do SUS: Atenção Básica para a APS e, respectivamente, Média e Alta Complexidades para os níveis secundário e terciário do modelo de Alma-Ata. A ideia predominante era que a APS deveria ser denominada pela ideia de base do SUS (não de “cesta básica” de procedimentos). Ao final, sequer foi possível a aprovação de uma lei propriamente complementar (ou “orgânica”), tendo sido possível conjunturalmente somente aprovar duas leis ordinárias: uma de caráter organizativo para o SUS (Lei 8.080/1990) e outra, decorrente de negociações acerca de vetos presidenciais, versando particularmente sobre as instâncias e competências para o que se convencionou denominar como “Controle Social (Lei 8.142/1990).

A definição legal da Atenção Básica do SUS (ABS) não contestou nem descaracterizou nenhum dos princípios típicos e basilares da APS internacional, pelo contrário, a Lei 8.080 estava referenciada no artigo 198 da Constituição de 1988 e antecipou a necessidade de uma ordenação hierarquizada, porém organizada em redes regionais, ou seja, em arquiteturas reticulares e em sistemas integrados de serviços.

Faltava a definição de uma estratégia programática apropriada para a expansão e a consolidação da ABS/APS no SUS, principalmente a partir dos municípios brasileiros. No final de 1993, já no governo de Itamar Franco, surgiu uma oportunidade para a implantação de uma experiência-piloto: o Programa de

Saúde da Família (PSF). Na ocasião, o então Ministro da Saúde (Henrique Santillo) demandou inicialmente uma estratégia para a “interiorização de médicos”, ou seja, para a redistribuição e fixação de profissionais médicos em municípios do interior do país. Dirigentes do próprio Ministério da Saúde (MS) convenceram o Ministro a montar um grupo de discussão e proposições com a participação de lideranças vinculadas com experiências localizadas e consideradas exitosas de implantação de serviços comunitários de Saúde (Prefeituras de Jucás-CE, Icapuí-CE, Quixadá-CE, Niterói-RJ, Cotia-SP; Serviços de Saúde Comunitária do Murialdo e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre-RS; e outros). A partir desse grupo surgiu a proposição de uma estratégia programática que incorporava outra importante iniciativa, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (iniciado no Ceará e institucionalizado como programa federal ainda no governo Collor), que estabelecia a organização de subsistemas municipais de ABS/APS com a participação de equipes multiprofissionais e trabalho interdisciplinar. O Ministro da Saúde concordou com a iniciativa, porém estabeleceu três restrições: inicialmente, a estratégia deveria ser uma experiência-piloto restrita a um número limitado de municípios voluntários; as equipes seriam formadas inicialmente somente por médicos(as) e enfermeiros(as); havia poucos recursos para investimentos e o custeio ocorreria pela via de pagamento por contraprestação de procedimentos ambulatoriais e de novos procedimentos ambulatoriais inseridos na tabela já vigente (MIRANDA, 1997; BRASIL, 2010).

Em seguida, foi criada uma Coordenação Ministerial para o PSF e ocorreram as primeiras habilitações de municípios para

a iniciativa. O sucesso da experiência-piloto e as repercussões positivas justificaram a institucionalização de tal estratégia programática como uma política primordial para a organização da ABS/APS no SUS, a partir da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 (Governo Fernando Henrique), na qual o financiamento ficou estabelecido por *per capitalização* e valores adicionais de indução para a adesão voluntária de municípios: um Piso Assistencial Básico (PAB fixo) *per capita* para a ABS/APS genérica e pisos financeiros adicionais (PAB variável) para o custeio de estratégias programáticas específicas (PSF, PACS e outras). Houve ainda o acréscimo de uma modalidade específica de PSF com a incorporação de odontólogos(as) e profissionais técnicos de nível médio.

Mesmo com a nova programação tecnoassistencial e financeira da NOB-1996, não houve imediatamente grande expansão da ABS/APS ou particularmente do PSF, pois não estavam disponibilizados recursos orçamentários federais para investimentos correlatos e o incremento do custeio. A expansão exponencial da referida estratégia programática, já sob a nova denominação de “Estratégia Saúde da Família” (ESF), só ocorreu a partir do ano 2000, agora sob a programação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), estabelecida na gestão ministerial do futuro candidato à Presidência da República, José Serra.

A partir daí, a configuração logística e os termos de organização e financiamento para a ESF passaram por poucas e graduais modificações, regulamentadas a partir de reedições da “Política Nacional de Atenção Básica” (PNAB).

Em 2011, foi aprovado o Dec. Lei 7.508 que, dentre diretrizes organizativas, definições e atribuições para sistemas regionais

de saúde, estabeleceu a APS como uma das redes de serviços “portas de entrada” (com a rede de Atenção Psicossocial e de Urgência e Emergência). Além disso, tal legislação estabeleceu para as redes “portas de entrada” a prerrogativa de coordenação dos fluxos de encaminhamentos para os serviços de atenção hospitalar, de ambulatórios especializados e outros de maior complexidade e densidade tecnológica (Art. 10º). Evidentemente, a vigência dessa legislação não garante, por si, a viabilização e a consubstanciação do atributo de coordenação reticular para a APS, servindo como mais uma tensão normativa em disputa.

Efetivamente, a ESF se tornou a matriz modelar para a organização da ABS/APS no país, adquirindo incrementalmente uma escala significativa na expansão de estabelecimentos, de equipes e de serviços, notadamente aqueles vinculados à ESF. Em termos de financiamento, também houve significativo incremento proporcional dos recursos alocados para a ABS/APS, em relação aos outros blocos de financiamento do SUS. Por exemplo, de 1998 até 2013, a proporção de transferências municipais do orçamento federal para o custeio da ABS/APS progrediu de 17,8% para 38, das transferências municipais do orçamento do MS, tendo iniciado um gradual decréscimo proporcional desde então. A média anual dessa proporção era de 28,6% (BRASIL, 2021).

No início do governo Bolsonaro (2019), o Ministério da Saúde encaminhou e aprovou uma legislação que instituiu uma modalidade para o agenciamento paraestatal, sob a égide de Direito Privado, de contratação e gestão do trabalho de profissionais da APS, a partir da criação de um “serviço social autônomo” (“Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saú-

de”). No mesmo período, foram encaminhadas mudanças organizacionais e para o financiamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Além do contingenciamento de recursos financeiros e do agenciamento da gestão pública, as novas medidas estabelecem nova logística visando à focalização para demandas estratificadas e a segmentação para coberturas e serviços, caracterizando-se principalmente por: capitação e per capitação de demandas “administráveis”, nos termos de “governança clínica” regulada por política econômica de austeridade; deslocamento do modo de adscrição territorial e populacional com responsabilização de equipes multiprofissionais visando à Atenção Integral à Saúde, para outro modo de adscrição individualizada, focalizada e estratificada de clientela; aplicabilidade descontextualizada do SUS, para critérios e logísticas de ponderação alocativa de recursos financeiros de custeio e de pagamento compensatório ao “desempenho” do trabalho de equipes (MIRANDA, 2019; 2020).

Em suma, nas últimas décadas, a ABS/APS e, particularmente, a ESF, constituirão um subsistema institucionalizado com redes de serviços nacionais e inserção efetiva em todos os 5.570 municípios brasileiros. A ABS/APS conforma efetivamente um arranjo reticular imprescindível ao SUS (Figura 7), todavia, os termos de integralidade para com outros subsistemas intrínsecos (Média e Alta Complexidade, Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos etc.) e extrínsecos (Seguridade Social, outras políticas públicas) são um desafio permanente.

Figura 7 – Representação gráfica de arquitetura dos sistemas de serviços e redes regionais temáticas do SUS (nos termos do Dec. 7.508/2011).



Fonte: Adaptação do autor (2021).

Das gnosés dissociativas à dialética necessária entre os campos das Clínicas e da Saúde Coletiva, na gênese e nas práxis da Atenção Básica/Primária do Sistema Único de Saúde

Conforme sumarizado anteriormente, a APS constituiu-se historicamente por aproximações e convivências interinstitucionais entre distintas comunidades praxiológicas, sendo que tais aproximações nem sempre configuraram arranjos integrativos. Não que fossem incompatíveis as afinidades e complementaridades epistemológicas e tecnológicas, notadamente entre as Clínicas e a Saúde Pública/Coletiva, mas, principalmente, por vieses dogmáticos e paradigmáticos arraigados; por gnosés dissociativas.

São inúmeros os exemplos contextuais e pontuais acerca de entendimentos dissonantes ou disposições divergentes, embora não incompatíveis, entre a perspectiva de atributos, competências e intervenções predominantemente pautadas pelo paradigma da Clínica ambulatorial e a perspectiva predominante da Saúde Coletiva. Em seguida, destacarei pelo menos quatro aspectos que tendem a ser dissonantes ou divergentes em termos de ênfases, competências e atributos da APS/ABS no caso brasileiro: o sentido e os termos de adscrição; o sentido de equidade para a acessibilidade, as características do trabalho multiprofissional e o contexto de governança interfederativa para a coordenação.

De início, dois exemplos dissonantes derivam de ênfases distintas acerca do atributo de adscrição, de delimitação, típico da APS. Há entendimentos de que deveria predominar a adscrição de clientela com referência aos estabelecimentos e, particularmente, serviços médicos ambulatoriais de APS, a partir de cadastramentos voluntários de famílias residentes em entornos territoriais abrangentes (cidades, distritos, regiões etc.) e a preservação da autonomia dos usuários na escolha de suas vinculações aos estabelecimentos e profissionais médicos. Há entendimentos de que deve prevalecer a adscrição de responsabilidades clínicas e de Saúde Pública/Coletiva de equipes multiprofissionais para com populações e territórios de ambiência local (áreas de abrangência), ou seja, tanto a referência para atendimentos clínicos ambulatoriais, como de ações programáticas e de Saúde Pública/Coletiva (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, serviços domiciliares etc.) seriam de competência e responsabilidade adscrita por determinadas equipes e estabelecimentos de APS. Em ambas as

perspectivas de entendimentos e ênfases haveria foco nas famílias, mas não necessariamente orientação comunitária. Claro, também existem experiências institucionais com arranjos complementares entre os referidos entendimentos acerca do atributo de adscrição, nos quais tendem a coexistir a adscrição voluntária de clientelas para a assistência clínica e, concomitantemente, a adscrição de populações e territórios para ações programáticas, de Vigilância em Saúde e de outras competências de Saúde Pública/Coletiva.

Na perspectiva hegemônica de estratégias institucionais pautadas pelo paradigma da Clínica ambulatorial, tendem a ocorrer duas adscrições concomitantes que, por vezes, geram uma dissociação atributiva e funcional, com decorrências em termos de competências e responsabilizações de trabalho institucional e profissional. Para a adscrição de clientelas por inscrições voluntárias (famílias cadastradas nas Clínicas de Família), preponderam a competência e a responsabilização centradas no trabalho médico, embora haja trabalho multiprofissional acessório ou de apoio. Para a adscrição de populações circunscritas em territórios (áreas de abrangência), preponderam as competências de ações programáticas (grupos de cuidado, vacinas etc.), de promoção e de Vigilância em Saúde; todavia, as mesmas podem estar parcialmente atribuídas aos estabelecimentos e equipes locais ou, como ocorre em muitos países, atribuídas aos outros níveis institucionais do setor de Saúde (distritais, regionais, provinciais etc.). A inequívoca vantagem da adscrição de clientelas por adesão voluntária tem a ver com o preceito de livre arbítrio, escolha e autonomia de mobilidade para os usuários, pois a sua adesão (*compliance*) a um determinado estabelecimento de APS dependerá de fatores como

a satisfação com a qualidade do trabalho profissional e serviços prestados, com o grau de confiança adquirido e vinculação etc. A relativa autonomia e menor dependência dos profissionais da APS em relação aos governos (e mudanças governamentais) e a sua remuneração a partir da combinação de critérios e fatores (coberturas, cadastros, produtividade, resultados) também são consideradas vantajosas, pois tendem a produzir maior estabilidade em longo prazo.

Na perspectiva da Saúde Coletiva, busca-se melhor integração entre as competências e responsabilidades individuais e coletivas da APS para com populações adscritas territorialmente, com centralidade no trabalho interdisciplinar de equipes multiprofissionais compostas a partir da definição de necessidades sociais prioritárias. Evidentemente que a noção de territorialidade não é somente de georreferenciamentos fixos, mas também de itinerários e fluxos de cuidado, que podem contemplar áreas não contíguas (populações ribeirinhas etc.) ou populações móveis (populações em situação de rua, nômades, migrações sazonais etc.). Haveria a adscrição de competências clínicas e de Saúde Coletiva para as equipes multiprofissionais, com a combinação entre respostas assistenciais para demandas espontâneas e cuidados integrais para demandas programadas. Uma possível vantagem dessa perspectiva seria a maior facilidade para a composição e execução de iniciativas interdisciplinares visando à integralidade de políticas, estratégias institucionais e ações públicas. Uma desvantagem refere-se à falta de autonomia para a elegibilidade dos usuários sobre suas vinculações assistenciais, ou seja, a imposição de exclusividade de coberturas e ofertas, notadamente para gru-

pos populacionais mais pobres e socialmente vulneráveis.

No Brasil, a adscrição territorial, a composição e a distribuição das equipes multiprofissionais de ABS/APS nunca ocorreram por critérios ou perfis de necessidades sociais, epidemiológicas ou clínicas prioritárias, mas, sobretudo, pela logística programática centralizada no Ministério da Saúde, verticalizada para outros entes federativos e dependente da disponibilidade de ofertas orçamentárias federais de investimentos e custeios. Tais verticalidade e rigidez programática têm dificultado a constituição de arranjos sistêmicos e reticulares para a ABS/APS, compatíveis e coerentes com as necessidades sociais em saúde e as demandas prioritárias em um país continental, diverso e com distintos condicionantes e tipos de iniquidades.

Claro, o contexto histórico e os determinantes socioeconômicos que geram desigualdades e iniquidades são diversos e distintos nos e entre os países. Sendo assim, também os determinantes, os condicionantes, os modos e os termos de equidade para o acesso aos cuidados de saúde devem ser considerados contextualmente, distintamente. Afirmado de outro modo, as modelagens tecnoassistenciais e padronizações genéricas para a acessibilidade na APS e nos outros subsistemas de saúde (primeiros contatos, programações longitudinais, protocolos, algoritmos de fluxos, linhas de cuidado, critérios de regulação e coordenação de referenciamentos, listas de espera etc.) devem estar orientados por perfis de necessidades e prioridades de demandas de cada contexto particular; o que se torna efetivo em um determinado contexto pode ser inapropriado para outro, diverso.

As epistemologias e metodologias típicas das Ciências Clínicas até podem ser compatíveis em análises e na definição de critérios para identificar determinados tipos de iniquidades e selecionar decorrentes prioridades (ex.: algoritmos decisórios baseados em riscos clínicos e epidemiológicos, regulação de listas de esperas etc.), entretanto possuem pouca afinidade para análises e definições mais complexas acerca de condições iníquas, multiterminadas e mais abrangentes. Em países e contextos particulares em que as desigualdades e iniquidades sociais, embora existam, não são preponderantes para a determinação e a magnitude de riscos coletivos (ambientais, sociais etc.), desgastes e vulnerabilidades, a racionalidade de *governança tecnoassistencial* pautada em evidências de eficácia na acessibilidade para demandas clínicas e de custo-efetividade orçamentária tendem a ser justificáveis. No entanto, em outros países e contextos particulares em situação diversa, tal justificativa tende ao pendor tecnocrático e indiferença sistêmica para com outros determinantes e condicionantes de riscos, desgastes e vulnerabilidades. Daí o porquê de não bastar “importar” modelagens socioassistenciais circunscritas e autorreferidas para contextos nos quais a racionalidade clínica não é suficiente para lidar com os múltiplos e complexos determinantes pertinentes aos processos de cuidado integral.

Conforme já referido, na ênfase da Clínica ambulatorial para a APS, hegemônica no hemisfério Norte, existe inequívoca centralidade e preponderância do trabalho médico. Na maioria dos casos, trata-se de trabalho médico sob contrato estatal e não de vínculo empregatício com o serviço público; inclusive, em alguns exemplos institucionais, os(as) médicos(as) responsáveis por

Clínicas de APS é que contratam outros profissionais ou empresas para a prestação de serviços auxiliares. Os contratos e as modalidades de remuneração tendem a combinar a quantidade de famílias cadastradas, a produção de procedimentos ambulatoriais e de ações programáticas, além do nível de alcance em relação a resultados programados (pagamentos agregados, por resultados). As intervenções de APS centralizadas na atividade profissional médica, com equipes de apoio ou suporte, tendem a estabelecer uma segmentação para demandas espontâneas e programadas, com preponderância de manejo clínico e ambulatorial sob encargo médico e manejo multiprofissional acessório.

Já as estratégias institucionais de APS que buscam valorizar mais o trabalho de equipes multiprofissionais e a constituição de processos interdisciplinares para o trabalho e a produção de cuidados integrais tendem a ser mais complexas e desafiadoras porque requerem ênfase na inovação e no desenvolvimento de tecnologias leves, interativas e dependentes de competências dialógicas, comunicativas. A promoção e a produção de cuidados integrais a partir do trabalho de equipe passa a requerer a composição de projetos (trans)interdisciplinares, muitas vezes inter-setoriais, priorizando estratégias cooperativas para intervenções e acompanhamentos, requerendo outros arranjos e dinâmicas para o monitoramento, o acompanhamento e a avaliação de casos individuais e coletivos.

Outro aspecto contextual relevante tem a ver com o regime e o marco regulatório para as relações intergovernamentais em cada país, que, evidentemente, estabelece normativas e implicações significativas para a (inter)gestão sistêmica de serviços de

saúde. Países com regimes federativos requerem definições inequívocas acerca das competências e responsabilidades de cada ente e instância, assim como princípios e diretrizes para a governança cooperativa com autoridade coordenada.

Em grande parte dos países federativos do hemisfério Norte, os subsistemas de APS estão sob a gestão e a governança a partir de institucionalidades de âmbito regional ou provincial, embora com o imprescindível gerenciamento local de serviços. Tal arranjo (inter)governamental confere aspectos de estabilidade funcional de longo prazo, mesmo com alterações de conjunturas políticas, possibilitando também uma melhor organização, coordenação e regulação de fluxos para referenciamento a partir da APS, assim como estruturas e funcionalidades para o seu apoio e suporte.

O caso do regime federativo brasileiro é singular, contando com três entes (municípios, estados e União) e um Distrito Federal, que, em tese, possuem equivalência em termos de prerrogativas de poder institucional e margens de autonomia em seus respectivos territórios. O texto constitucional estabelece princípios federativos, tais como: cooperação, complementaridade, subsidiariedade, solidariedade, unidade na diversidade etc. Todavia, infelizmente não houve a regulamentação por lei complementar acerca das instâncias, meios e modos regulatórios ou funcionais para as relações intergovernamentais, assim como não houve uma reforma tributária visando redistribuir recursos e consubstanciar os termos normativos de equivalências e competências. No caso do SUS, apesar da ausência de regulamentação legal complementar, houve a inovação e criação das Comissões Intergestores (no

país, Tripartite; nos estados, Bipartites e Regionais) que, apesar de importantes iniciativas e avanços incrementais, não puderam ir além de processos decisórios de governança procedimental; ou seja, não propriamente processos decisórios sobre a direcionalidade política e estratégica, mas, sobretudo, sobre os termos de encaminhamento de políticas ministeriais.

Embora um artigo constitucional (art. 30) tenha estabelecido de forma inequívoca a competência municipal para a prestação de serviços de saúde (“com o apoio técnico e financeiro de estados e União), tal preceito não foi suficiente para definir termos de exclusividade. Também houve definição legal de que o processo de planejamento e organização de sistemas regionais de Saúde deveria ocorrer de forma ascendente, desde os municípios (Dec. Lei 7.508/2011), todavia, tal iniciativa encontra-se incompleta em razão de impasses e conjunturas adversas. Essas insuficiências e impasses têm ocasionado fragmentações e segmentações dos subsistemas de ABS/APS no Brasil, dificultando sobremaneira a coordenação e a regulação de seus fluxos em âmbitos regionais. Predominam arranjos regionais sob o controle regulatório de municípios com maiores portes populacionais e capacidades para a oferta de serviços de Média e Alta Complexidade (“municípios-polos”), a partir de uma logística de programações rígidas e pautadas em disponibilidades de transferências federais para o custeio.

Conforme já referido, o contexto federativo brasileiro requer instâncias e dinâmicas de governança cooperativa sob autoridade coordenada e, portanto, os modos e os termos para a organização sistêmica e a funcionalidade da ABS/APS tendem a ser

distintos, complexos e particulares. Mais uma condição *sui generis* que contraindica a mera importação ou interposição de modelagens sistêmicas e dinâmicas gerenciais de outros contextos.

Existem outros tantos exemplos sobre contextos ou características díspares e dissonantes entre preceitos metodológicos e diretrizes estratégicas das Ciências Clínicas e da Saúde Coletiva. Todavia, importa realçar as possibilidades de convergências e complementaridades, de acordo com as particularidades de casos e contextos. Mesmo com as particularidades e dificuldades do caso brasileiro, poderiam ser úteis e eficazes as compatibilizações sinérgicas para a ABS/APS entre preceitos epistemológicos e metodológicos provenientes das Clínicas e da Saúde Coletiva.

O que dificulta ainda mais as referidas possibilidades e alternativas viáveis para contextualizações, compatibilizações e convergências epistemológicas, metodológicas e estratégicas, na perspectiva da ABS/APS, têm sido as posturas mais dogmáticas entre “iniciados(as)” de comunidades gnoseológicas. O dogmatismo gnoseológico parece ser inevitável. No passado, já foram fundadas e professadas doutrinas *higienistas, flexnerianas, preventivistas* etc. Na contemporaneidade, tal característica perdura, e mesmo sem o aval dos luminares ancestrais de cada credo, surgem novas revelações absolutas, exclusivistas e impermeáveis diante das possibilidades de mediações e particularizações contextuais, de mediações epistemológicas, metodológicas, tecnológicas e estratégicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como nas instituições religiosas, uma característica típica de credos gnoseológicos é a incontornável necessidade de distinção identitária, pois, daí, derivam cosmogonias, ritos e hierarquias eclesiais, mesmo nos campos científico e profissional (neste, em particular, o termo original grego *hieros archia*, ordenação sagrada, estaria bem empregado). No caso em questão, buscam-se distinções impróprias e improdutivas entre Atenção Básica e APS, busca-se a ênfase em aspectos tecnocráticos, corporativos e de integração sistêmica autorregulada, muitas vezes em detrimento das pessoas, de seus problemas, desejos, necessidades e prioridades. As epistemologias científicas mais produtivas e (auto)transformadoras se pautam por incertezas e margens de autonomia para inovações tecnológicas e estratégicas; as *gnoses* arraigadas tendem a professar dogmatismos paralelos, *paradogmas*.

A viabilidade para a constituição e a consolidação da Atenção Integral à Saúde, a partir da ABS/APS e no âmbito do SUS, depende das referidas mediações e inovações híbridas, depende também das mediações entre conhecimentos científicos e outros saberes e sabores. A apropriação pública e a legitimação social da ABS/APS e do SUS dependem de seus valores de utilidade e uso, todavia existem valores redistributivos agregados por um *ethos* social e que são imprescindíveis em perspectiva histórica e civilizatória.

Se necessárias, novas gnoses e comunidades de práxis podem e devem ser criadas e cultivadas diante do importante desafio de se constituir a Atenção Integral a partir da ABS/APS e do SUS,

mas com o espírito de inclusão e agregação, com a responsabilidade social de sobrepor as pessoas, seus desejos e necessidades ao primeiro plano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). Brasília, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/repases-financeiros/siops/indicadores> Acesso em: 10 maio 2021.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afins**. Washington: OPAS, 1964.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem. Fund. Q.**, v. 44, Suppl, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R.; WYSZEWIANSKI, L. Quality, cost, and health: an integrative model. **Med. Care**, v. 20, p. 975-92, 1982.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LUHMANN, N. **Social systems**. Stanford: Stanford University Press, 1995.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. **Organização da Saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIRANDA, A. S. **Programa Saúde da Família**: entre a panacéia e o preconceito. Quixadá: Mimeo, 1997. Disponível em: [http://www.saúde/cnsonline/temas em debate/psf](http://www.saúde/cnsonline/temas%20em%20debate/psf). Acesso em: 28 nov. 2020.

MIRANDA, A. S. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1214-1230, out./dez. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n127/1214-1230/pt/>. Acessado em: 11 maio 2021.

MIRANDA, A. S. Programa “Médicos pelo Brasil, simulacro reciclado e agenciamento empresarial”. **Carta Maior**, 08 ago. 2021. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Saude/Programa-Medicos-pelo-Brasil-simulacro-reciclado-e-agenciamento-empresarial-/43/44908>. Acessado em: 11 maio 2021.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J. L. **A inteligência da complexidade**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2001.

NOVAES, H. M. **Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde SILOS**. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: PROAHSA/Pioneira Editora, 1990.

PAIM, J. S. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. **Transición paradigmática y desarrollo curricular en Salud Pública**. Educación en Salud Pública. Nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: Edufba, 2006.

STARFIELD, B. **Primary Care: balancing health needs, services, and technology**. New York: Oxford University Press, 1998.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WENGER, E.; MCDERMOTT, R. A.; SNYDER, W. **Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge**. Boston: Harvard Business Press, 2002.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA FAMÍLIA: INFLUÊNCIAS DA MEDICINA SOCIAL E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro
Maria Lúcia Magalhães Bosi
Tatiana Monteiro Fiuza
Renan Magalhães Montenegro Junior*

INTRODUÇÃO

Este capítulo recupera alguns marcos históricos que remetem a Atenção Integral à Saúde da Família, envolvendo a medicina social e sua articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS). Analisando também seus desdobramentos no processo de implantação das políticas públicas de provimento e fixação que vem influenciando a formação médica nos âmbitos da graduação e pós-graduação no Brasil, sobretudo a partir de 2011.

A formação de recursos humanos para a Saúde está prevista pela Constituição Federal (1988), na Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), cujas premissas incluem o estímulo e a ordenação do processo de formação dos profissionais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A literatura, notadamente no campo da Saúde Coletiva, com vistas à atenção integral à Saúde da Família, evidencia a inadequação da formação médica e, por conseguinte, do perfil do profissional que está sendo formado: fundamentado no modelo biomédico; tendo o hospital como o cenário de prática de grande parte de sua formação, grosso modo, hiperespecializada, e em

descompasso com as necessidades socio sanitárias prioritárias no país. Incongruente, portanto, com o perfil necessário para a atuação no sistema de saúde (OLIVEIRA; ALVES, 2011). Não obstante o vigoroso movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (HEIMANN; MENDONÇA, 2005; PAIM, 2003a) e dos vários avanços, nos planos discursivo e da materialidade das práticas, o hospital permanece como espaço hegemônico e privilegiado na formação médica, não tendo se operado uma reconfiguração de modo a situar a Atenção Primária e a rede de serviços como cenários primordiais de formação.

No Brasil, várias políticas públicas vêm sendo instituídas, exercendo influências na formação dos médicos, como veremos a seguir. A partir de 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram programas com o objetivo inicial de prover e fixar profissionais médicos na Atenção Primária à Saúde (APS), em áreas de difícil acesso e provimento, com acompanhamento e supervisão pelas instituições supervisoras. Inicialmente, instituiu-se o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) pela Portaria Interministerial n.º 2.087. Alguns estudos observaram que a maior parte dos médicos que aderiram ao PROVAB era recém-formada, tendência que poderia ser explicada pelo ganho da bonificação de 10% na pontuação final dos processos seletivos dos Programas de Residência Médica (CARVALHO, 2013). Portanto, o que poderia ser entendido como um interesse de novas gerações na reconfiguração do perfil médico, consoante uma ruptura epistemológica, com seus efeitos práticos, revela-se, nessa perspectiva, como uma reificação do modelo biomédico, por novas vias e estratégias (BRASIL, 2011).

Em 2013, emerge o Programa Mais Médicos, pela Lei 12.871. A partir desta, a formação médica passa a ocupar o centro de vários debates, voltando a ser pauta principal para gestores, instituições de ensino e profissionais de saúde. Para além de outras transformações na dinâmica social, essa lei reorienta a formação médica na graduação e pós-graduação, haja vista se voltar, no discurso oficial, ao fortalecimento da APS (BRASIL, 2013a).

Para tanto, recorrendo aos principais períodos e processos históricos, mediante o recurso à literatura, faremos uma breve contextualização da Medicina Social, para adiante focalizarmos suas interfaces com o modelo da Atenção Integral à Saúde da Família.

Conforme veremos, a área da saúde vem passando, historicamente, por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias, decorrentes de mutáveis relações entre sociedade e Estado e de diversos movimentos ideológicos inspiradores de reformas no setor de Saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998), com inflexões importantes na formação e no processo de trabalho da área médica.

Retornando às origens: medicina social

As bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a Saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos (FOUCAULT, 2012). Por um lado, a higiene enquanto conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, em um discurso moralista, classista e pragmático. Por outro,

as propostas de uma “polícia médica” estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador de sua aplicação social. Dessa forma, remete os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política (FOUCAULT, 2012).

A formação de um proletariado, submetido a intensos níveis de exploração, expressa-se como luta política sob a forma de diferentes socialismos, chamados utópicos, porque eram, talvez, precoces. Com a organização das classes trabalhadoras e consequente aumento de sua participação política, principalmente nos países que atingiram maior desenvolvimento das práticas produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, rapidamente incorporam-se temas relacionados à saúde na pauta dos movimentos sociais do período. Entre 1830 e 1880, surgem, nesses países, propostas de compreensão da crise sanitária como um processo político e social, desencadeado por mudanças históricas nas formas de produção que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social (ALMEIDA FILHO, 2003).

Nesse breve resgate das bases da medicina social em seu nascedouro, amplamente debatidas por Foucault em conferência realizada em 1974, no Brasil, identificamos três experiências históricas cujas estratégias influenciaram o desenvolvimento de práticas ainda persistentes no sistema de saúde brasileiro, conforme passamos a evidenciar.

A medicina de Estado, instituída na Alemanha no início do século XVIII, preconizava a prática médica para a melhoria de saúde da população, sendo identificada pela primeira vez uma política médica de um Estado. Esse modelo tinha como caracte-

rísticas um sistema de observação de morbidade e mortalidade mais complexo do que aquele que existia na época; normatização da prática e saber médicos; normatização da formação médica e controle do Estado sobre programas de ensino e atribuição dos diplomas; implantação de uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos; e criação de funcionários médicos nomeados pelo governo, com responsabilidade sobre determinada região, que poderiam utilizar da autoridade do seu saber – médicos distritais e oficiais médicos. Dessa forma, pode-se dizer que a medicina do Estado alemão seria uma organização do saber médico estatal, com a normalização da profissão médica subordinada a uma administração central e com a integralização desses médicos, de forma hierárquica em uma organização estatal (ALMEIDA FILHO, 2003).

Interessante observar como nas políticas de saúde brasileiras incidem características desse modelo. No que tange à normalização da medicina e do saber médico, observam-se suas influências no que está determinado pela Constituição Federal de 1988, orientando que a ordenação do processo de formação dos profissionais de saúde, aptos a atender às necessidades do SUS, é papel do Estado. Na mesma linha, o que está previsto na Lei 12.871, de outubro de 2013, determina que nas instituições de ensino superior, responsáveis pela formação médica brasileira, deverá haver a reformulação, o fortalecimento e a adequação de formação de recursos humanos para atuar na Atenção Primária (BRASIL, 2013a).

Outra característica que pode ser identificada no sistema de saúde brasileiro corresponde ao modelo de organização admi-

nistrativa hierarquizada e territorializada por distritos e regiões. Nessa modalidade, claramente são observadas regionalizações com coordenações estaduais e municipais, e estes divididos em áreas de abrangência com a responsabilidade sanitária da equipe e do médico que atua em uma equipe de Saúde da Família (eSF).

A segunda experiência relatada por Foucault, denominada “medicina urbana”, desenvolve-se na França, no final do século XVIII. Neste século, a França vivia um contexto de heterogeneidade territorial e de poderes rivais, levando à necessidade de se constituir a cidade como unidade, ou seja, com poder único e regulamentado. Era necessário organizar as cidades por questões econômicas – comércio e indústria – mas também por questões políticas, ante os crescentes movimentos operários, assim como os tensionamentos entre a plebe e os burgueses. O pânico urbano, desencadeado por episódios como o “Cemitério dos Inocentes”, levou a um cenário de inquietude político-sanitária que impunha respostas (ALMEIDA FILHO, 2003).

Diante disso, foi instituído um plano de urgência de higiene pública, influenciado pelo modelo médico-político da quarentena, cujas características faz-se oportuno recuperar: cadastramento das pessoas em sua moradia; divisão da cidade em bairros com responsabilidade sanitária de uma autoridade designada; implantação dos vigias de rua, com atribuição de vigilância e registro do que observavam diariamente; revista dos habitantes das cidades com identificação dos vivos, doentes e mortos; desinfecção das casas. Esse plano de medicina urbana vislumbrava três objetivos: análise das regiões de amontoamento e de perigo urbano (cemitérios, ossuários e matadouros); controle de circulação de água

e de ar (miasmas); e distribuição de águas e esgotos. Consoante Foucault (2012), a medicina urbana permitiu a análise do meio, e os efeitos deste sobre os organismos, possibilitando a interface com outras ciências, como a química, que influenciou a medicina científica do século XIX. Na experiência francesa também podemos identificar algumas estratégias utilizadas no sistema de saúde brasileiro, como a territorialização, análise de situação, o agente comunitário de saúde e as vigilâncias em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária).

Fechando essa trilogia, tomamos a experiência da medicina social, ocorrida na Inglaterra no início do século XIX. Nesse país, decorrente do desenvolvimento industrial, houve um crescimento da classe trabalhadora no centro urbano e a coabitação de pobres e ricos em um mesmo bairro, ou proximidades, o que passou a ser considerado um perigo sanitário. A concentração de pobreza e miséria passou a ser associada a doenças, e esses indivíduos se tornaram objetos de intervenção médica. Era necessária uma medicina que controlasse a saúde da classe pobre para torná-la mais apta para o trabalho e menos perigosa para a classe rica.

Diante desse contexto, foi implantada a Lei dos Pobres, que instituiu os serviços médicos destinados aos pobres. A partir dessa Lei, tornou-se possível a estes indivíduos receberem assistência médica controlada e gratuita, próxima à sua moradia, constituindo, dessa forma, um cordão sanitário autoritário, garantindo aos ricos um isolamento das doenças endêmicas originárias da população pobre. Em 1870, John Simon e outros fundadores da medicina social inglesa complementam essa legislação para um controle médico não só do indivíduo, mas também da população,

com medidas preventivas. São implantados os “*health services*”, que tinham como funções: controle da vacinação; registros de epidemias e doenças potencialmente perigosas; localização e destruição de lugares insalubres. Esse sistema possibilitou a coexistência de três subsistemas: uma medicina assistencial para pobres; uma medicina administrativa com característica fortemente preventiva e gerencial; e uma medicina privada (ALMEIDA FILHO, 2003).

Nesse modelo também encontramos algumas características do atual sistema de saúde brasileiro: um subsistema assistencial público, em que a maioria dos usuários é desfavorecida economicamente, mas tem acesso a um serviço de saúde gratuito dentro da sua comunidade (Estratégia Saúde da Família), um subsistema de vigilância (vacina, epidemias, endemias) e a medicina privada.

À medicina social, segue-se a fase da “medicina científica”, que se inicia no final do século XIX e se consolida no início do século XX, permanecendo hegemônica até os dias de hoje. Esse processo desencadeou o famoso documento *Medical Education in the United States and Canadá*, escrito por Abraham Flexner, no início do século XX (GUSSO; LOPES, 2012; SOUSA, 2014). Com ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, proveniente da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano incorpora as dicotomias da racionalidade científica moderna, reforçando a separação entre individual e coletivo; privado e público; biológico e social; curativo e preventivo. É nesse contexto que surgem as primeiras Escolas de Saúde Pública, contando com pesados investimentos de organismos como a Fundação Rockefeller, inicialmente nos

Estados Unidos, e, posteriormente, em vários países, inclusive na América Latina (SOUSA, 2014).

A crise econômica mundial de 1929 precipitaria uma crise da medicina científica na década seguinte. O avanço tecnológico e a tendência à especialização da prática médica provocaram uma redução de seu alcance social (ALMEIDA FILHO, 2003). Redução esta que progrediu como efeito dominó até o final do século XX e início do século XXI (SOUSA, 2014).

Em 1920, o relatório Dawson, influenciado pelo modelo russo – Semachko – lançou a proposta dos alicerces dos sistemas regionalizados de serviços de saúde orientados por uma base populacional. No pós-guerra, o relatório Beveridge lançou as bases do Estado de bem-estar social no Reino Unido. Esse relatório, com influência do anterior, deu origem ao Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido (MENDES, 2002).

Nos Estados Unidos, em 1952, resultante de uma reunião de representantes das principais escolas médicas desse país e do Canadá, iniciou-se uma reforma curricular nos cursos médicos, com adesão posterior de várias instituições internacionais, para a nova doutrina: medicina preventiva (MENDES, 2002). Esse movimento surgiria como uma proposta liberal para agregar valores de ordem preventiva, epidemiológica e social no corpo médico, sem propor mudança da prática liberal da assistência médica nesse país. O movimento de medicina comunitária seria uma alternativa para cobrir os bolsões de miséria, de uma população desassistida, nessa mesma nação (SOUSA, 2014; URIBE RIVERA, 1992).

Em 1974, no Canadá, o Relatório Lalonde definiu as bases de um movimento pela promoção da saúde, trazendo como

consigna básica adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Em 1978, realiza-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Segundo a Declaração Oficial da Conferência, a APS conforma a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Essa conferência concluiu que seria possível alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”, com os conhecimentos e recursos então disponíveis e mediante a universalização de um elenco de cuidados primários em todos os países.

Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família: bases para uma atenção integral

Observou-se que, em vários estudos, a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da Atenção Primária estava associada a melhores indicadores de saúde da população (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; SOUZA; SAMPAIO, 2012).

As quatro principais características da APS são: porta de entrada para o sistema de saúde, primeiro contato; continuidade do cuidado, longitudinalidade; integralidade da atenção; coordenação do cuidado às necessidades dos indivíduos, famílias e co-

munidade. Outras características relevantes são o cuidado orientado para a família e comunidade, abordagem centrada na pessoa e comunicação dentro da equipe e com os pacientes (SOUZA; SAMPAIO, 2012).

No Brasil, o referencial proposto em Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde foram identificados problemas do sistema de saúde e propostas as diretrizes da Reforma Sanitária: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação de um Sistema Único de Saúde (SUS); participação popular e controle social; constituição e ampliação do orçamento social. Nessa conjuntura, a Reforma Sanitária Brasileira foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; RIBEIRO, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como política nacional de saúde em 1994, no seio da evolução do SUS, com suas contradições e desafios (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Este, que foi construído através de debates entre meio acadêmico, movimentos sociais e sociedade, no movimento da RSB. A construção desse sistema de saúde sofreu influências de experiências inovadoras de modelos de atenção à saúde no Brasil, porém pontuais e de pressões internacionais por políticas públi-

cas consistentes voltadas à saúde. A conjuntura política de uma nação pós-governo ditatorial e em busca de consolidar um regime democrático também foram cenários para a construção do SUS, legitimado na Constituição de 1988.

Um sistema único e universal surgiu como o caminho para suprir as necessidades de superação das desigualdades regionais relacionadas à determinação social de saúde e ao acesso à atenção.

A partir de 1994, a ESF foi adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, com o propósito primordial de (re)organização do modelo e dos sistemas de serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), sob a égide dos princípios e diretrizes organizativas do SUS (RIBEIRO, 2009).

Vários estudos de abrangência nacional têm evidenciado o impacto positivo dessa estratégia sobre o estado de saúde da população brasileira. Alguns indicadores epidemiológicos apontam avanços, tais como: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade infantil pós-natal; o aumento da cobertura vacinal e aleitamento materno; a redução da internação por acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca congestiva, dentre outros (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; OLIVEIRA; HARZEHEIM; RIBOLDI, 2007).

Contudo, para alguns autores, apesar de vários avanços, a ESF ainda apresenta uma limitada capacidade de promover mudanças nas práticas profissionais hegemônicas nos serviços de ABS (MENDES, 1985; PAIM, 2003b). Na mesma linha, outros autores apontam alguns nós críticos ou desafios que ainda dificultam a qualificação das práticas profissionais nesse nível de atenção, dentre os quais, podem ser enfatizados (CECCIM; CAR-

VALHO, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004): a carência de profissionais com formação específica para atuar na ESF; a não exigência de qualificação e especialização profissionais para o ingresso nesse mercado de trabalho; a carência de um aparelho formador eficiente, eficaz e com infraestrutura adequada nos cursos de graduação e pós-graduação.

Muitos autores afirmam que, quando os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família estão capacitados para utilizar as tecnologias apropriadas para o nível de ABS, geralmente tecnologias leves e de alta complexidade, podem resolver grande parte das demandas existentes (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; STARFIELD, 2002).

No entanto, os cursos de graduação e pós-graduação no campo da saúde, notadamente nos cursos de medicina, tanto em instituições de ensino públicas como naquelas do setor privado, apresentam descompassos na reorientação de seus currículos de forma compatível para com as exigências da ESF e com as necessidades do SUS (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Em 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação, através da Portaria Interministerial n.º 2.087, de 1º de setembro de 2011, instituem o PROVAB (BRASIL, 2011). Esse programa induziu o provimento e interiorização de médicos para áreas de difícil acesso e fixação. Como estratégia de formação, esse programa prevê a supervisão presencial e a distância aos médicos participantes, por médicos vinculados à instituição de ensino superior, que fazem o acompanhamento permanente àqueles. Além da supervisão, os profissionais médicos participantes devem fazer um curso de especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade

Aberta do SUS (UNASUS). Para a conclusão e aprovação no programa e no curso, os médicos deverão desenvolver um projeto de intervenção no território ou equipe onde atuaram por um ano.

Diante da grande cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família e da necessidade de reformulação, fortalecimento e adequação de formação de recursos humanos para atuar na Atenção Primária, que tem como um dos eixos principais a formação médica brasileira, o governo brasileiro aprovou, em outubro de 2013, a Lei 12.871 (BRASIL, 2013a) a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Por meio dessa Lei foi instituído o Programa Mais Médicos, tendo dentre seus objetivos formar e aprimorar recursos humanos na área médica para o SUS. Para isso, o programa visa ampliar a inserção dos alunos dos cursos de medicina nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo suas competências sobre a realidade da saúde da população brasileira. Um dos caminhos propostos foi fortalecer a política de educação permanente com integração ensino-serviço por meio da inserção das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos.

Para alcançar esses objetivos, a Lei 12.871 propôs o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica e a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para a residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente quantitativamente e qualitativamente.

O capítulo III dessa Lei trata especificamente das diretri-

zes da reorientação da formação médica, que propõem readequar os currículos das faculdades de medicina, fortalecer o internato de Atenção Primária e ampliar o número de vagas e programas de residência médica, principalmente da especialidade de medicina de família e comunidade, que passam a ter papel central na formação dos médicos e essencial para a maioria das especialidades médicas.

A Lei aborda ainda que o funcionamento dos cursos de medicina é sujeito à efetiva implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) definidas pelo Conselho Nacional de Educação, as quais definem que ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação será desenvolvida na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas DCN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após este resgate histórico e conceitual, observou-se que as políticas de saúde brasileiras atuais têm bases epistêmicas em um “passado remoto” bebendo em fontes como projetos da medicina social e Atenção Primária à Saúde, e se desenvolveram em solos brasileiros com fortes raízes da Reforma Sanitária Brasileira, contribuindo como base para uma atenção integral à Saúde da Família.

Não obstante avanços em políticas de provimento e interiorização da APS no Brasil, persiste o desafio de operar mudanças significativas na formação médica, na graduação e pós-graduação, com as mudanças curriculares nos cursos de medicina,

tendo a Atenção Primária como cenário de práticas qualificadas. Isso porque, como os elementos que buscamos resgatar evidenciam, currículos e processo de trabalho são expressões históricas. Mais que isso, tanto na esfera da saúde como em outros âmbitos, a conquista no plano legal não garante a materialização do que se pretende. No caso em tela, há que se operar mudanças profundas, nos planos objetivo e subjetivo, de modo que a legislação e as diretrizes do sistema efetivem transformações na materialidade das práticas. Desafio nada simples no contexto de disputas de interesses em que se situa a formação médica, do qual decorrem, em boa parte, as dificuldades de prover e fixar essa categoria na diversidade dos territórios.

O SUS, a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família, como a história da medicina social, são construídos e sofrem influência dos contextos históricos, políticos e econômicos. Esses têm o potencial de promover avanços, mas também rupturas e retrocessos. Espera-se, portanto, que essas conquistas sejam salvaguardadas pelos nossos governantes, mediante um constante movimento da sociedade, e que as políticas de saúde pública brasileira, em compasso com as escolas médicas, não se descolem do objetivo primordial de garantir saúde de qualidade como direito fundamental de todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da Epidemiologia. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde Coletiva**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 27-35

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.

C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial**: Conduas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BEVILACQUA, R. G.; SAMPAIO, S. A. P. As especializações: histórico e projeções. *In*: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/NEPP, 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 set. 2011. Seção 1, p. 92.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out. 2013a. Seção 1, p. 1-4.

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica**: um olhar implicado sobre sua implantação. 2013. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: CECCIM, R. B.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Ensi-**

nar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 39-54, 2001.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In:* FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012. p. 143-170.

GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica à Saúde em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. *In:* LIMA, N. T. **Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACINKO, J. B.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. **Health Serv. Res.**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. D. F. M. D. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990 -2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, p. 13-19, 2006.

MENDES, E. V. A evolução histórica da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 392, jul./set. 1985.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 26-36, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, M. M. C; HARZEHEIM, E.; RIBOLDI, J. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada.** 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde Coletiva**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde Coletiva**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003b.

RIBEIRO, M. T. A. M. **Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em capital do nordeste.** 2009. 207 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

SOUSA, M. S. **A complexidade da formação médica na e para**

atenção básica como parte de dois sistemas e um sistema à parte. 2014. 460 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2014.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. F. R. Atenção Básica à Saúde: política, diretrizes e modelos no Brasil. *In*: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. **Recursos Humanos em Saúde:** Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: Unicamp, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária.** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

URIBE RIVERA, F. J. **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

INSERÇÃO DO PLANTÃO PSICOLÓGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESA- FIOS E POSSIBILIDADES PARA UM CUIDA- DO EM SAÚDE MENTAL

*Maria Kelviane Freitas da Silva
Jurema Barros Dantas*

INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira destaca-se pela alta demanda de pessoas e contextos de vida e, assim, necessita de fundamentações sólidas que sustentem suas ações. É fato que o modelo recente de saúde no Brasil depara-se ainda com características históricas que dificultam a consolidação deste como um direito de todos e dever do Estado, principalmente no que diz respeito ao acesso e ao paradigma de atenção prestada, antes segregacionista e pautado em uma lógica biomédica, respectivamente (SOUZA *et al.*, 2019).

Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), considera-se este o produto da Reforma Sanitária Brasileira, processo político/social que mobilizou a sociedade rumo a uma nova consciência sanitária, objetivando a saúde como direito de todos, bem como um sistema descentralizado e democrático (FONTES *et al.*, 2020). Pautado nos princípios de atendimento assegurado a toda e qualquer pessoa, sem discriminações (universalidade), considerando as diversas dimensões e determinantes do processo saúde-doença (integralidade) e priorizando suas ações e serviços de acordo com as necessidades dos grupos sociais (equidade), o SUS configura-se como desafio constante na saúde pública brasileira.

Como ferramenta fundamental à proposta do Sistema Único de Saúde, houve o estabelecimento de uma porta de entrada para o serviço, denominada de Atenção Básica (AB)/Atenção Primária à Saúde (APS). A reorganização desse nível de atenção ficou sob a responsabilidade prioritária da Estratégia Saúde da Família (ESF), regulamentada pela Portaria n.º 2.488/2011. Com base nela, a dinâmica e a estruturação dos serviços de saúde se modificam, fortalecendo e expandindo uma produção de cuidado coerente para com os princípios do SUS.

A orientação da APS brasileira é pensada a partir do conceito de cuidados primários em saúde, trabalhado em diferentes países, com as devidas adaptações às especificidades de cada nação. De maneira geral, na década de 1970, esse modelo foi fundamentalmente definido como assistência sanitária ao alcance de todos os indivíduos a partir de suas necessidades e problemas. Esse espaço de cuidado tem como principais características a acessibilidade e tempo de espera, caracterizados por um ajuste entre as demandas da população e os serviços e o objetivo de reduzir o tempo de espera por meio da maximização de sua eficiência (ROCHA; BOCCHI, GODOY, 2016). Assim como a Atenção Primária descrita em declarações internacionais, o modelo brasileiro orienta-se, em tese, pelas necessidades sanitárias dos usuários, devendo atuar como porta de entrada, contato inicial e prioritário.

Também se tornaram responsabilidades da APS a coordenação e a ordenação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), compreendida como arranjos organizativos dos serviços de saúde e articulados de forma hierarquizada com suporte em níveis tecnológicos enquanto Atenção Primária, Secundária (especializada

em nível ambulatorial e hospitalar) e Terciária (caracterizada pela alta densidade tecnológica) (PNAB, 2017).

Desde 2017, opera no país uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com vistas a estabelecer uma revisão de diretrizes para a organização da AB. Em uma avaliação das PNA-Bs anteriores e atual, Almeida *et al.* (2018) destacam que mudanças positivas ocorreram, sobretudo no que concerne à ampliação de cobertura pela ESF, equipes de saúde bucal e número de agentes comunitários de saúde. Em contrapartida, as autoras também destacam a persistente baixa resolutividade dos serviços. O pensamento do avanço continuado pela PNAB de 2017 não se faz consensual entre os pesquisadores. Para Morosini, Fonseca e Lima (2018), o processo de desenvolvimento da APS teve um marco de retrocesso formalizado com a PNAB de 2017, inclusive, em relação à cobertura, pois esta passa a ter critérios pouco precisos. Para as autoras, a nova versão da política foi tanto construída de maneira restrita, atendendo a interesses neoliberais, como pouco acatou a rápida consulta popular a que foi submetida, além de orientar-se por uma flexibilização das ações sob justificativa de maior autonomia dos gestores, sem que existam recursos financeiros e/ou mecanismos de participação popular para se consolidar.

Apesar de ser parcialmente contínua, também faz parte do movimento histórico de consolidação do SUS a busca constante por incrementar profissionais que sirvam ao seu propósito de tornar a saúde um direito de todas as pessoas. Com abertura fornecida com a implementação do SUS, bem como por movimentos específicos da saúde mental, a Psicologia passou a ganhar espa-

ço na saúde pública especialmente na década de 1980 (CIMINO; LEITE, 2016). No Brasil hodierno, também impulsionada pela alta demanda, essa área do saber desenvolve formas de atuação potentes e necessárias, elaborando meios de inserção nos serviços de saúde. Dentre as ferramentas disponíveis aos profissionais, encontra-se o atendimento em Plantão Psicológico (PP), modalidade que ganha espaço no cenário teórico-prático brasileiro desde 1969.

O Plantão Psicológico possibilita o acolhimento e intervenção. Trata-se de uma categoria que pode ser exercida por um profissional de Psicologia ou acadêmico sob supervisão, que se dispõe em local, dias e horários preestabelecidos, criando, dessa forma, uma noção de referência de serviço em saúde mental nos locais onde se insere. Além disso, a implementação desse serviço pode se dar em diversos contextos e instituições.

Propõe-se, pois, uma problematização do Plantão Psicológico como estratégia clínica no contexto da Atenção Primária à Saúde. Para isso, são levantadas as interlocuções possíveis desse diálogo, apontando desafios e possibilidades. O percurso de construção do trabalho perpassa a apresentação de conceitos e legislações relevantes à discussão, seguida pela demarcação do lugar ocupado pela saúde mental na APS. Posteriormente, apresenta-se a constituição do Plantão Psicológico como modalidade contemporânea de cuidado, para então tecer interlocuções possíveis à inserção do PP no nível primário de atenção à saúde.

A compreensão de que o SUS representa a concretização de um movimento surgido na sociedade brasileira para rever os modos de conceber e cuidar do ser humano realça a relevância

da discussão aqui pretendida, porque convoca, também, a pensar criticamente o modo de construção desse projeto na atualidade.

O lugar da saúde mental na Atenção Primária à Saúde: desafios de um percurso contínuo

A transição da década de 1970 para 1980 é caracterizada pelo início das discussões no campo da saúde mental. Nos anos seguintes, uma série de encontros, muitos deles com participação de teóricos importantes para a saúde mental, resultou na consolidação de um movimento cujo lema se estabelecia como: “por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE; NUNES, 2018). A luta antimanicomial demarcou de forma ideológica uma mudança de perspectiva para um grupo social historicamente marginalizado dentro da saúde como um todo.

É precisamente no modelo de desinstitucionalização italiano que o movimento busca embasamento para o rompimento com o paradigma do hospital psiquiátrico enquanto local de concentração das pessoas em sofrimento mental. Desinstitucionalizar visa à proposta de um deslocamento do centro de atenção na instituição hospitalar para a comunidade. Esse processo, entretanto, precisa ser entendido para além de uma desospitalização e deslocamento a outros equipamentos reprodutores da mesma lógica, devendo buscar um rompimento de paradigma na produção de saúde (BRAGA, 2019).

Para sistematizar tal andamento, um novo modo de cuidado em saúde mental – denominado Psicossocial – foi construído. Fundamentado nele, trabalha-se com um conceito de saúde ampliado e multideterminado numa perspectiva de cuidado inte-

gral, humanizado, bem como objetivando uma reinserção social (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016). No ano de 2011, foi instituída uma portaria específica para uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com vistas a criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde não somente para pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental, mas também com necessidades advindas do uso de drogas (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017). Cabe destacar como primordial a presença das Unidades de Atenção Básica enquanto componentes dessa rede. A esse respeito, o relatório de 15 anos da Conferência de Caracas – marco da reestruturação psiquiátrica na América Latina (1990) – traz que:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2005).

Contudo, essa articulação, quando estudada por Viana e Lima (2020), funda, em realidade, a ideia de desarticulação normativa, a qual pode ser traduzida em certa invisibilidade da saúde mental dentro das normativas que versam sobre a APS. Como exemplo dessa invisibilidade, é trazida a ausência de indicadores de desempenho para a saúde mental dentro da ESF. Também se destaca a escassez de protocolos específicos para a saúde mental nos serviços primários. E, de maneira mais grave, a falta de clara

referência a esse campo na PNAB 2017 e na Lei 8.080/1990, a qual dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS.

Ademais, segundo os autores, mesmo diante da concepção de cuidado integral constante nas diversas legislações, esta não seria ainda suficiente para contemplar uma esfera de significação tão relevante para a saúde enquanto conceito biopsicossocial. São necessárias formulações legais mais claras e precisas que fundamentem implementações de maneira segura e constante nos serviços de saúde não especializados.

Para além dos desafios já apresentados sob o conceito de desarticulação normativa, Gama *et al.* (2021) apontam ainda como barreiras para a construção de um cuidado em saúde mental na APS a insuficiência de capacitação, dificuldade na implementação de propostas de apoio, além de problemas na organização e articulação da Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2008, já compreendendo que a configuração vigente da ESF se mostrava insuficiente para as demandas observadas no nível primário, foi instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria n.º 154, de 24 de janeiro. Conforme uma composição multiprofissional, o objetivo central desse núcleo era atuar de forma complementar à ESF, precipuamente por meio do Apoio Matricial. Essa técnica – formulada originalmente por Gastão Wagner – ganhou relevante lugar dentro da saúde pública brasileira, pois permite uma interação dialógica entre diversos saberes com o objetivo comum de produzir um cuidado integral ao usuário por meio de uma proposta pedagógico-terapêutica (COHEN; CASTANHO, 2021). Destacam-se também, como funções do NASF, as atividades clínicas, apoio na abordagem dos

casos com demandas em saúde mental, mobilização de recursos comunitários e articulações intersetoriais (MELO *et al.*, 2018).

À vista disso, é possível constatar o papel de destaque que o NASF assumiu nos cuidados em saúde mental por meio de atividades direta e indiretamente relacionadas à área. Tal constatação, porém, não garante o cumprimento total das atribuições preconizadas pela regulação, levando em conta, acima de tudo, o novo plano orçamentário para a APS, estabelecido no ano de 2019 sob o nome de Previner Brasil. Este extinguiu a tipologia de NASF-AB e tornou responsabilidade do gestor municipal a composição, alocação, carga horária e demais especificações de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2020). Argumenta-se tal mudança com a grande autonomia repassada aos municípios/gestores. Em contrapartida, percebe-se que este pode ser lugar de fragilização da proposta de atuação multiprofissional na APS, uma vez que se faz necessária a compreensão, por parte dos gestores da saúde, de elementos essenciais ao cuidado, além de uma postura ética e comprometida para com o SUS, assim como a demanda de assegurar recursos e financiamento necessários para trabalhar as especificações de cada local.

Dimenstein (2005, p. 27) justifica o mapeamento de demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família com a ideia de que “as unidades básicas de saúde ou do PSF responderem, geralmente, por um percentual mínimo da demanda em saúde mental, quando poderiam ser as primeiras opções de acolhida e atenção”, de modo que evitariam a sobrecarga dos demais níveis, os quais poderiam se destinar aos casos com reivindicações por intervenções mais complexas. Questiona-se, portanto, o que se

tem feito para uma devida organização do SUS e quais propostas têm sido fortalecidas e criadas para seu propósito de produção de um cuidado integral.

Por alguns anos, o NASF teve espaço para se configurar como ferramenta importantíssima na APS. Sua criação demonstrou a necessidade e abertura do Sistema a práticas que busquem atuar de maneira conjunta com as demais estratégias. Com os novos desafios que se apresentam pela extinção da tipologia NASF-AB e outros possíveis arranjos de atuação de disciplinas como a Psicologia, torna-se imprescindível pensar outras formas que possam colaborar nesses novos rumos.

Discutir sobre tal arranjo da saúde mental na APS é também falar sobre o lugar no qual a Psicologia ocupa nesse espaço. Enquanto área que compreende um novo conceito de saúde como multideterminado e que se compromete, sobretudo, com o eixo de saúde mental dessa concepção, a Psicologia deve sempre reivindicar de forma coerente e coesa seu posto nos cuidados primários.

A constituição do Plantão Psicológico como modalidade contemporânea de cuidado

É sabido que a Psicologia, na qualidade de clínica, constituiu-se por muito tempo sob o paradigma da individualidade, restringindo sua atuação tão somente ao consultório. Disso, decorre um distanciamento já em suas origens das diversas nuances que compõem o ser a quem se destina sua atuação. Desde o início do século XX, a crise que acomete essa área inaugura não apenas uma nova visão de sujeito, mas também de adoecimentos psíqui-

cos e de práticas de cuidado (PORTELA, 2008). O autor ressalta ainda que se assiste hoje ao nascimento de campos híbridos de saber. “Os limites até então existentes entre as abordagens clínica e social se dissolveram, e o profissional deve articular o local e o global em um diálogo que dê conta do sujeito pós-moderno” (p. 137).

O firmamento, em um caráter abstracionista do ser, no qual sua definição pauta-se em modelos e teorias não contextualizados com as questões sociais, com atendimentos caracterizados por psicodiagnóstico, terapias individuais e direcionadas a uma clientela específica, passa a ser insuficiente diante dos cenários que se apresentam. Faz-se necessário e fundamental um posicionamento político, ético e social por parte da Psicologia diante do contemporâneo (PEREIRA, 2019).

Por essa perspectiva, compreende-se que as esferas biológica, psicológica e social interagem de maneira dialética e dialógica na produção de modos de ser, e que a constituição de uma clínica enquanto um *inclinarse sobre* deve, na atualidade, abranger em conjunto com outros saberes, essas múltiplas facetas.

O Plantão Psicológico como modalidade clínica contemporânea vem adentrando diferentes cenários de atuação, da mesma maneira que torna pública uma Psicologia que procura ampliar suas ações para espaços diferentes dos que a originaram. Com inspiração teórica inicial no modelo de Aconselhamento Psicológico norte-americano, estabelecido por Carls Rogers, o Plantão Psicológico surge baseado em ações do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), em 1969, sob coordenação da Profa. Raquel Rosenberg. Desde a sua inauguração,

cumprir um compromisso social importante no cenário brasileiro, já que se destinou, inicialmente, a ser uma alternativa para suprir as longas filas de espera dos serviços psicológicos da instituição (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015).

Essa modalidade se propõe a encontrar o sujeito dentro de seu horizonte histórico de sentido. Rompe com o típico fazer psicológico quando permite que o urgente e inesperado tenham possibilidade para serem ditos sem a barreira do tempo e espaço determinados, nem a vinculação a psicodiagnósticos, contratos e demais características tradicionais da atuação psicológica. Em definição mais precisa, Tassinari (2003) traz o Plantão Psicológico como:

Um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração pré-determinada, pretendendo receber qualquer pessoa no momento exato (ou quase exato) de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e, se necessário, encaminhá-la a outros serviços. Tanto o tempo da consulta quanto os retornos dependem de decisões conjuntas do plantonista e do cliente, tomadas no decorrer da consulta (p. 11).

Em tal categoria, considera-se que o cotidiano é sentido de modos e intensidades diversos para cada pessoa. Algumas dessas experiências vão de encontro a limites pessoais, sociais, culturais e acabam por precisar, de maneira mais imediata, de suporte profissional para a reorganização e/ou encaminhamentos adequados.

O senso comum compreende sofrimento como agonia, aflição e/ou algo relacionado à dor. Bellak e Small (1980), traba-

lhando com Caplan e Lindemann, trazem a ideia de crise/emergência como insuficiência dos recursos costumeiros para a resolução de obstáculos frente a alvos vitais. Para os autores, segue-se a isso um período de desorganização marcado por tentativas mal-sucedidas de resolução até que, eventualmente, se consiga algum tipo de adaptação.

Inserido a esse contexto, o Plantão Psicológico propõe-se a abrir espaço para a expressão máxima desse sofrimento em exposição. Considera-se que não há quem melhor perceba situações de crise e/ou emergência do que o próprio sujeito da experiência. Outra característica fundamental dessa modalidade é o trabalho sob a premissa de que nem todas as pessoas que buscam serviços psicológicos querem e/ou precisam de processos psicoterapêuticos tradicionais de longa duração. Adicionais configurações em cuidados psicológicos se abrem como possibilidades válidas de atuação, demonstrando um movimento da própria Psicologia em busca pela compreensão das novas necessidades de seu tempo.

Bittencourt, Santos e Costa (2019) consideram que o Plantão Psicológico foi pensado numa perspectiva tanto de acolher como responder às demandas por ajuda psicológica. No que se refere ao acolhimento, Amorim, Andrade e Branco (2015) destacam que este ocorre nos microespaços das relações entre profissionais de saúde e usuários. A escuta, o vínculo e a responsabilização fazem parte desse processo que objetiva o cuidado. De forma complementar, ao demarcarem o papel da escuta praticada pelo plantonista, Lima e Ribeiro (2018) trazem que esta

Remete necessariamente ao modo de estar em aberto para afetações da fala própria que

emerge da angústia do existir. Ao passo que a escuta cumpre uma de suas dimensões, que é o acolhimento, também é como o próprio encontro. Acompanhar o não-dito, viver o ‘não-lugar’, habitar as entrelinhas, é possibilitar a ‘mostração’, que requer sempre a sensibilidade de suportar o que aparece, o que vem ao encontro em suas diversas formas de se mostrar (p. 298).

Junto a isso, permite também o movimento de resposta em Plantão Psicológico, “proporcionando assim também um setor de emergência psicológica, por meio da qual uma situação de atendimento tem por objetivo atender a pessoa que se encontra em uma situação de dor psíquica intensa” (BITTENCOURT; SANTOS; COSTA, 2019, p. 72).

Desse modo, modalidades como o PP – já nascidas em uma perspectiva contemporânea de sofrimento e cuidado – podem ser estabelecidas como possibilidade clínica em equipamentos de diferentes níveis e complexidades. Sua fundamentação teórica e estruturação de funcionamento permitem a inserção em sistemas de saúde como o brasileiro, o qual compartilha desde suas origens elementos fundamentais de ambos os campos. Como consequência disso e conhecendo desafios da saúde mental no contexto da APS, faz-se importante pensar de qual modo o PP pode colaborar em cuidados primários, de maneira a complementar o objetivo de promover integralidade e resolutividade nesse nível.

Plantão Psicológico na Atenção Primária à Saúde: uma interlocução possível

O cuidado no modo Psicossocial é diretamente influenciado pela proximidade dos serviços de saúde com os usuários. Nesse sentido, a APS é local necessário e estratégico de atuação em saúde mental por ter, entre outras, a responsabilidade de “adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade” (PNAB, 2017).

Com base na ideia de contato primário e alta taxa de resolutividade da Atenção Primária, sabendo-se que as problemáticas em saúde mental têm aumentado consideravelmente neste nível de atenção (GAMA *et al.*, 2021) e considerando a presença já normatizada dentro da RAPS, cabe pensar de que forma disciplinas como a Psicologia podem se inserir de modo a compor e complementar cuidados em saúde – em especial aqueles referentes à saúde mental – dentro da APS.

Ao investigarem as ações de saúde mental desenvolvidas no âmbito da ESF, Eslabão *et al.* (2019) notaram destaque para as ações de matriciamento, intervenção precoce, terapia comunitária, grupos e visita domiciliar, sinalizando possibilidades de cuidado em saúde mental já existentes na APS. Dados como esses mostram um produzir cuidado integral além de atividades privativas de categorias específicas. Práticas como o PP se apresentam nesse contexto de modo a complementar tais propostas e contemplar modos específicos de cuidado psicológico.

Nessa configuração, o exercício do Plantão Psicológico na APS pode se estabelecer como modalidade clínica potente de colaboração no eixo de saúde mental. Ao levar em conta a inexistência de profissionais suficientes no serviço público para atender à

demanda dos territórios, acentua-se o atendimento de emergência não só como uma utilidade, mas também como uma necessidade.

Mahfoud (1987), ao falar de algumas características que delineiam o Plantão Psicológico, dá orientações importantes em referência a uma proposta de inserção dessa modalidade nos diferentes serviços. São realçadas características institucionais, profissionais e dos usuários. Para o autor:

Do ponto de vista da instituição, o atendimento de plantão pede uma sistematicidade do serviço oferecido. Do profissional, esse sistema pede uma disponibilidade para se defrontar com o não planejado e com a possibilidade (nem um pouco remota) de que o encontro com o cliente seja único. E, ainda, da perspectiva do cliente significa um ponto de referência, para algum momento de necessidade (p. 17).

Com base nessa consideração, destaca-se que a instituição, aqui pensada como campo de atuação, trata-se de um sistema de saúde público e de pretensão integral. Mais precisamente, a implementação é pensada em seu nível primário, entendido como porta de entrada prioritária do serviço. Fundamentada nesse pensamento, pode-se observar que a base para um trabalho com PP já se encontra facilitada por características presentes em ambos os campos, como apresentarem espaços de acolhimento, visão integral do ser e com potencial de intervenções.

Ademais, experiências de implantação do Plantão Psicológico em espaços como escolas (TASSINARI, 2003), hospitais (BRAGA *et al.*, 2019), delegacias (FARINHA; SOUZA, 2016), clí-

nicas-escola (BORGES; DANTAS; BRITO, 2017), postos de saúde (GONÇALVES; FARINHA; GOTO, 2016), Centro de Atenção Psicossocial (SAND, 2019) e outros locais, sinalizam avanço em seu processo de sistematização, uma vez que a inserção nos serviços ocorre por capacitação dos profissionais, elaboração de atividades e protocolos, além de outros elementos fundamentais para um bom funcionamento de acordo com cada instituição.

Ao analisarem o processo de implantação de PP em contexto de estágio curricular, Monteiro e Bezerra (2020) fazem menção a barreiras da cultura institucional no que se refere a políticas públicas, principalmente atentando para que essas ações não venham a substituir contratações formais de profissionais psicólogos para os espaços, bem como destacam também as limitações diante de demandas que ultrapassam o contexto de atuação do plantonista estagiário. Dessa forma, torna-se claro o necessário avanço para a transformação de propostas iniciais e exploratórias em parte estrutural dos serviços prestados em equipamentos que demandam cuidados psicológicos.

Do ponto de vista profissional, tem-se a postura de acolhimento inerente à função do plantonista. O encontro com o desconhecido, novo, diferente e urgente perpassa cotidianamente a atuação do Plantão Psicológico. Tassinari (2003) enfatiza que o desafio de manter a postura do acolher sem enquadrar é arriscado, porém gratificante. A segurança da vinculação ortodoxa a manuais de diagnóstico pode – e possivelmente irá – deixar lacunas em um serviço que lida com urgências. Desafios como o abrir-se para o nunca ouvido, possibilitando sua expressão máxima e singular, são o convite que se faz ao profissional que busca atuar em

Plantão Psicológico. No contexto de acolhimento, o plantonista é convidado a estimular uma resignificação do que foi expresso, colaborando para a construção de novos percursos, encontrar novos percursos dentro da experiência (BITTENCOURT; SANTOS; COSTA, 2019).

Como consequência desse lugar de disponibilidade, uma relação de confiança pode ser construída, o que irá permitir a abertura também do usuário para encontrar no serviço um ponto de suporte e referência em saúde, lugar tão almejado pela APS. As posturas de acolhimento e construção de confiança colaboram de forma ímpar com a realidade da APS brasileira, pois permitem a recepção e vinculação com as diferentes realidades trazidas pelos usuários para dentro dos equipamentos, de maneira que colabora para a proposta de fazer um cuidado a partir das necessidades específicas de cada usuário e promover uma atenção mais próxima de sua vida comunitária.

Nessa conjuntura, assim como todas as práticas de saúde mental pensadas com base na proposta da Reforma Psiquiátrica, cabe demarcar o cuidado necessário para que ações de PP não acabem por reproduzir lógicas ambulatoriais e manicomiais. É fundamental ter sempre como horizonte o produto máximo de um cuidado humanizado que propõe integralidade, autonomia, dignidade e conscientização para colaborar de forma ativa e constante com o processo de desinstitucionalização. Posto isso, faz-se essencial que a Psicologia esteja sempre aberta e articulada em diálogos envolvendo todos os atores que constroem a APS. O PP pode e deve ser mais um artifício dentro da grande rede de cuidados primários.

Pelo trajeto até aqui percorrido, é possível perceber que, de um lado, há um sistema de saúde com abertura regulamentada para práticas que visem ao acolhimento inicial, vinculação, resolutividade e percepção integral, e que, para isso, necessita de ações de diferentes disciplinas – há também constatação clara de lacunas no cumprimento integral de seus princípios. De outro, todavia, há uma modalidade clínica de cuidado que se propõe a compor a APS na medida em que acolhe, intervém e proporciona o correto manejo de problemáticas de saúde mental. Dentro do cenário apresentado, o Plantão Psicológico ganha valor fundamental na APS tanto por colaborar nas ações de contato inicial, acolhimento de demanda, acompanhamento profissional, intervenções e, quando necessário, redirecionamento adequado na rede por meio de encaminhamentos, quanto por fortalecer a mudança paradigmática no cuidado em saúde mental.

Destarte, é possível – e necessário – articular Atenção Primária à Saúde e Plantão Psicológico com vistas a complementar e, em alguns casos, contemplar cuidados em saúde mental no nível de maior contato dos usuários com o sistema de saúde. Com esse movimento da Psicologia no interior da APS, os diversos discursos, práticas e modos de ser encontram espaço de expressão dentro dessa modalidade, a qual se empenha para lidar com a realidade como ela é: imprevisível e, muitas vezes, urgente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o marco legal de consolidação do SUS, a saúde, enquanto acesso amplo e generalista ao cuidado, passa a ser trabalhada. A contar desse momento, leis e portarias com o intuito

de regulamentação dos serviços surgem como forma de balizar o contido na Constituição Brasileira. Como se poderia supor, a estruturação de um sistema de tamanho porte traria consigo lacunas que passariam a ser expostas e discutidas na trajetória de sua construção.

A APS ganha lugar de destaque nessa nova proposta, visto que é concebida como contato inicial e prioritário para promoção, prevenção e proteção da saúde (PNAB, 2017). Nesse ângulo, ela deve ser composta por ações que contemplem os sujeitos a partir de uma concepção biopsicossocial. Dentro de suas responsabilidades, está a de compor a RAPS, ou seja, colaborar para o cuidado no modo psicossocial, no qual se passa a trabalhar com o conceito ampliado de saúde, “pautado em liberdade, integralidade, enfrentamento dos riscos, consideração dos direitos e fomento à singularidade e autonomia possíveis” (DAMOUS; ERLICH, 2017, p. 916).

A Psicologia, consoante com os princípios do SUS e partindo das demandas que a convocam na contemporaneidade, procura propor estratégias de atuação contextualizadas com as realidades que busca adentrar. O Plantão Psicológico é aqui apresentado como possibilidade clínica para cuidado em saúde mental dentro da APS, entendendo como clínica um fazer que, na atualidade, rompe com o distanciamento entre o individual e o social.

Para construir essa possibilidade é necessário também manter e estimular uma postura crítica dentro do fazer psicológico na APS, tendo em vista a não reprodução de práticas que precisam ser superadas. Considera-se, então, fundamental o diálogo constante com outras disciplinas, práticas, políticas, setores e, principalmente, com os usuários e território.

Os desafios apontados no presente trabalho sugerem que a complexidade das demandas na Atenção Primária não se esgota com a adoção de medidas pontuais e desvinculadas dos demais níveis de atenção. É preciso fortalecer estratégias já estabelecidas, bem como o nível especializado em saúde mental. A proposta aqui discutida se dispõe a integrar o conjunto dessas ações pensadas e articuladas para um cuidado integral em saúde em concordância com as realidades vividas em cada território.

Compreende-se que promover saúde mental em contexto de APS além de se apresentar como uma ação coerente com todos os movimentos de busca pelo rompimento do modelo manicomial, traz benefícios gerenciais para o SUS.

Cabe ressaltar que a RAS possui em cada nível potencialidades e limitações. Nessa perspectiva, Amorim, Andrade e Branco (2015, p. 148) apontam que “apenas o CAPS e o Hospital-dia em saúde mental estão preparados para atender usuários com transtornos mentais graves e persistentes”, o que não impede – na realidade, preconiza – a responsabilização dos demais níveis para com suas demandas referentes à saúde mental.

O presente estudo se propôs a realizar uma discussão conceitual de elementos relevantes à temática. Portanto, visou-se explorar, desenvolver, esclarecer e criar novas hipóteses a serem melhor desenvolvidas. Destaca-se a necessidade de aprofundamento na temática com vistas a uma consolidação do Plantão Psicológico nos cuidados primários em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 42, n. esp. 2018.

AMARANTE, P; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMORIM, F. B. T.; ANDRADE, A. D. B.; BRANCO, P. C. C. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 2, p. 141-152, jul./dez. 2015.

BELLAK, L.; SMAL, L. **Psicoterapia de Emergência e Psicoterapia Breve**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

BITTENCOURT, H. B.; SANTOS, G. L.; COSTA, Z. L. S. Projeto piloto: o plantão psicológico. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 71-76, jan./jun. 2019.

BORGES, I. L. F.; DANTAS, J. B.; BRITO, L. S. Plantão Psicológico: acolhimento e escuta na clínica escola da UFC. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 2, n. 14, p. 94-107, jul./dez. 2017.

BRAGA, C. P. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 198-213, 2019.

BRAGA, T. B. M *et al.* Experiência de estagiários em plantão psicológico em hospitais: formação e ação clínica. **SPAGESP**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 99-112, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 dez. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Aporias entre saúde mental e integralidade: saúde mental, a que se destina? *In*: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Orgs.). **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano.** Salvador: Edufba, 2016. p. 31-46.

CIMINO, A. P. N.; LEITE, D. F. C. C. S. Psicologia e Saúde Pública: cartografia das modalidades de prática psicológica nas policlínicas. **Rev. Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 14-23, jan./jun. 2016.

COHEN, M. C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface** (Botucatu), v. 25, n. 1, p. 1-16. 2021.

DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 911-932, 2017.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Demanda em saúde mental em unida-

des de saúde da família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 23- 41, nov. 2005.

ESLABÃO, A. D. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. Nurs. Health**, v. 9, n. 1, 2019.

FARINHA, M. G.; SOUZA, T. M. C. Plantão psicológico na delegacia da mulher. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Rev. SPAGESP**, v. 17, n. 1, p. 65-79, 2016.

FONTES, F. L. L. *et al.* Novas pautas de reivindicação do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. **Int. J. Health Management**, v. 6, n. 2, 2020.

GAMA, C. A. P. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface** (Botucatu), v. 25, n. 1, p. 1-16, 2021.

GONÇALVES, L. O.; FARINHA, M. G.; GOTO, T. A. Plantão psicológico em Unidade Básica de Saúde: Atendimento em Abordagem Humanista-fenomenológica. **Rev. Abordagem Gestáltica**, v. 22, n. 2, p. 225-232, jul./dez. 2016.

LIMA, D. F.; RIBEIRO, M. S. S. Plantão Psicológico e acontecimento do cuidado: problematizando um “não-lugar”. **Estudos contemporâneos da subjetividade**, v. 8, n. 2, p. 291-301, 2018.

MAHFOUD, M. A Vivência de um Desafio: plantão psicológico. *In*: ROSENBERG, R. L. (Org.). **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa**. São Paulo: EPU, 1987. p. 75-83.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, Esp. 1, p. 328-340, set. 2018.

MONTEIRO, C. A. S.; BEZERRA, E. N. Implantação e implementação de um serviço de plantão psicológico centrado na pessoa. **Rev. Saúde e Ciência** (online), v. 9, n. 1, p. 58-77, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/380>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24. 2018.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016.

PEREIRA, F. M. A maleabilidade do plantão psicológico nos contextos de atuação: uma medida preventiva à pós-modernidade. **Rev. Mundi Sociais e Humanidades**, Curitiba, v. 4, n. 1, 48, jan./jul. 2019.

PORTELA, M. A. A crise da psicologia clínica no mundo contemporâneo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n.1, p. 131-140, jan./mar. 2008.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016.

SAND, D. Plantão psicológico no Centro de Atenção Psicossocial. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, v. 4, p. e23631. 2019. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/23631>. Acesso em: 3 maio 2021.

SOUZA, L. E. P. F. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019.

TASSINARI, M. A. **A Clínica da Urgência Psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa**. 2003. 243 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

VIANA, D. M.; LIMA, A. F. Desarticulação Normativa entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde: desafios para formação de Redes. **Braz. J. Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 44281-44292, jul. 2020.

ZANARDO, G. L. P.; LEITE, L. S.; ONÁ, E. Política de saúde mental no brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. **Cad. Bras. Saúde**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 01-21, 2017.

RELATO DE PESQUISA

PROMOÇÃO DE HABILIDADES SOCIAIS EM ADOLESCENTES ESCOLARES: UMA INTERVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

*Ricardo Costa Frota
Maristela Inês Osawa Vasconcelos
José Reginaldo Feijão Parente
Maria Suely Alves Costa
Daniel Domingues dos Santos
Conceição de Maria Castro de Aragão*

INTRODUÇÃO

A atuação, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), dos profissionais de saúde e de educação com o público adolescente é um desafio cotidiano ao desenvolvimento da saúde integral dessa parcela da população, pois compreende o desenvolvimento de subjetividades capazes de adotar comportamentos voltados para a promoção de saúde (PAULA *et al.*, 2020).

A saúde integral dos adolescentes é uma proposta de ampliação do olhar que extrapola a compreensão biológica, incluindo as dimensões psicológica, cognitiva, emocional e sociocultural. Nesse contexto, a atenção a adolescentes e jovens deve pautar-se na integralidade, em que cada sujeito se constitui uma unidade indissociável (MENDES, 2015; BRASIL, 2017).

Essa afirmativa corresponde aos estudos relacionados à necessidade de desenvolver nos adolescentes a compreensão autônoma e reflexiva sobre comportamentos e situações de risco que podem desencadear consequências negativas. Os comportamentos de risco que os adolescentes se engajam apresentam correlação

com seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Sua rede socioemocional é sensível a estímulos sociais e suas capacidades cognitivas de autocontrole estão amadurecendo nesse período (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Ao longo das últimas três décadas, as principais entidades mundiais na área de saúde, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o desenvolvimento de habilidades de vida no cenário escolar, por meio de políticas promotoras de saúde, que buscam desenvolver essas habilidades para auxiliar crianças e adolescentes a se protegerem em situações de risco à saúde (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Sobre essas estratégias em saúde, faz-se importante considerar e destacar que o foco nas relações sociais, interpessoais, é necessário ser abordado em meio às práticas de saúde. Os seres humanos passam a maior parte de sua existência engajados em relações interpessoais, desenvolvem comportamentos voltados à comunicação, promovendo interações sociais e, quando estas são satisfatórias, podem ocorrer fatores de proteção e pertencimento a um grupo social.

Na década de 1960, despontou a teorização do Treinamento em Habilidades Sociais (THS), iniciado na Inglaterra, como aporte voltado ao desenvolvimento de estudos sobre definições, intervenções e análises de habilidades sociais (CABALLO, 2010). Assim, tais habilidades podem ser definidas como conjuntos de comportamentos aprendidos capazes de iniciar, desenvolver e manter interações sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

A aprendizagem de habilidades sociais na infância e ado-

lescência representa um forte indicador de saúde psicológica e bem-estar, podendo associar-se a pessoas mais competentes socialmente, melhoria da autoestima e autoeficácia, relações mais duradouras, melhoria da saúde física e mental, assim como maior satisfação pessoal (PEREIRA *et al.*, 2016). Tais habilidades em adolescentes resultam em fator de proteção contra problemas de comportamento e ausência de fator de risco (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014; CASALI-ROBALINHO; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

Os cuidados em saúde pautados na concepção de integralidade devem ser orientados por teorias de diversos campos de conhecimento, para que exista um arsenal de informações e ferramentas que possibilitem a efetividade das ações em saúde. Portanto, a promoção da saúde em adolescentes deve ser realizada em cenários que apresentem maior representatividade e vínculos (CAMPOS; PRETTE; PRETTE, 2018).

Com relação ao apoio social, pesquisas têm indicado que o apoio social em conjunto, por parte da escola (professores e outros atores do contexto educativo) e da família, favorece o desenvolvimento tanto das habilidades sociais quanto de competências acadêmicas (MARTURANO; PIZATO, 2015). A percepção de apoio social influencia positivamente o bem-estar físico e psicológico, a autoestima, o autoconceito e a motivação para o sucesso em vários setores da vida durante a adolescência, como, por exemplo, o desempenho escolar (DIAS *et al.*, 2015).

O ambiente escolar possibilita o desenvolvimento de diversas relações interpessoais. Exemplos de problemáticas associadas a déficits em habilidades sociais são a violência, depressão e

ansiedades, que podem ser identificadas fortemente no ambiente escolar, pois este é o segundo lugar de maior convívio social de crianças e adolescentes.

Este artigo é um excerto de uma pesquisa-intervenção direcionada para a promoção de habilidades sociais de adolescentes escolares e apresenta o processo da intervenção e avaliação dos participantes quanto ao alcance de metas previstas para as categorias de autocontrole, empatia, civilidade, assertividade, desenvolvimento social e abordagem afetiva.

A intervenção ora apresentada foi uma das etapas da dissertação de mestrado intitulada “Habilidades sociais de adolescentes escolares: análise de um programa de intervenção”, defendida junto ao Mestrado Profissional em Saúde da Família/Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da RENASF, na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

MÉTODO

A fase da intervenção ocorreu ao longo dos meses de julho a dezembro de 2019, após a etapa diagnóstica, seguida da preparação dos momentos destinados ao programa de desenvolvimento das habilidades sociais. Participaram do estudo 21 adolescentes, estudantes de uma escola pública de ensino médio no município de Alcântaras, Ceará. A escola possui 11 turmas de ensino regular e duas de ensino de jovens e adultos, com o total de 470 adolescentes matriculados. O município de Alcântaras é caracterizado como de pequeno porte e está localizado no noroeste do estado do Ceará, na serra de Meruoca, a 261 km de distância da capital, Fortaleza. A população estimada é de 11.459 habitantes, sendo a

agricultura familiar a renda principal da população (IBGE, 2010).

A amostra foi por conveniência e os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa no momento do contraturno da aula, não se configurando como obrigatória, tendo o pesquisador, psicólogo, recebido o apoio institucional da escola.

Os critérios de inclusão da amostra foram: (a) ter idade entre 12 e 17 anos; (b) apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Assentimento assinado pelo discente e pelos pais ou responsável; (c) ter participado das etapas anteriores da pesquisa (preenchimento do levantamento de repertório de habilidades sociais através do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes – IHSA). Os critérios de exclusão foram: (a) apresentar idade menor de 12 anos e maior que 17 anos; (b) não ter participação em todos os encontros de intervenção propostos.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com número CAAE 09371019.1.0000.5053.

As sessões aconteceram em uma sala da escola, com a utilização de mesas, cadeiras e um quadro branco. Foram utilizados materiais de consumo, como lápis de cor, cola, folhas de papel, tinta, revistas, balões e cartolina, dentre outros, e material de uso permanente, como computador, projetor multimídia e caixa de som.

Cada encontro foi avaliado conforme a percepção dos adolescentes, por meio de uma ficha de avaliação contendo perguntas sobre a importância da temática para eles e a possibilidade de aplicação do que foi abordado em seu cotidiano.

Foram realizados seis encontros e as temáticas foram tra-

balhadas conforme literatura específica da teoria do Treinamento em Habilidades Sociais de Del Prette e Del Prette (2017a), com duração de 2 horas cada, totalizando 12 horas de intervenção. A definição temática dos encontros seguiu a construção de uma proposta de multicomponentes, pois essa intervenção possui múltiplos objetivos e diversos temas para a discussão (MURTA, 2005).

A utilização da metodologia ativa colabora para o uso da problematização como estratégia de ensino, pela reflexão e condução ativa do discente no processo de aprendizagem. Assim, diversas estratégias que possibilitassem o desenvolvimento de habilidades sociais e desempenho social satisfatórios aos adolescentes foram utilizadas (REIS *et al.*, 2019).

Estas, nomeadas como atividades vivenciais: atividades baseadas em experiências vivenciadas pelos participantes, contextos sociais e culturais comuns; exposições dialogadas: utilização de conceitos sobre relações humanas e habilidades sociais através da valorização da opinião e expressão dos participantes; recursos multimídia: utilização de várias mídias como músicas e vídeos que possam abordar a temática; treinos comportamentais: atividades que possibilitem a expressão de comportamentos que se deseja desenvolver, individuais e coletivos.

Os encontros foram desenvolvidos para promover a reflexão sobre as habilidades sociais dos adolescentes, sendo divididos da seguinte forma:

O *primeiro encontro* teve a temática de Empatia, com o título de “Eu e o outro”, com o objetivo de refletir sobre as relações pessoais focadas na capacidade de se colocar no lugar do outro, construir um contrato de convivência e desenvolver a integração grupal.

O *segundo encontro* foi realizado sob a temática do Autocontrole, com o título “Eu que mando?”, representando um questionamento sobre a capacidade individual de controlar o próprio comportamento, bem como um diálogo coletivo sobre as leis sociais que demandam esse controle, objetivando-se dialogar sobre os comportamentos de manter e desenvolver o repertório de autocontrole, analisar as consequências da comunidade quanto aos déficits nessa habilidade e exercitar situações que necessitem de automonitoramento.

O *terceiro encontro*, com a temática Civilidade, teve o título “O mundo que vivemos”, buscando-se dialogar sobre as leis que determinam o convívio social satisfatório. Objetivou-se, aqui, construir um diálogo reflexivo sobre as consequências dos comportamentos de civilidade no universo do adolescente.

O *quarto encontro* foi sobre Assertividade, com o título “Nossos direitos”; o objetivo desse encontro foi desenvolver as características dos comportamentos assertivos, diferenciar os comportamentos passivo, agressivo e assertivo e refletir sobre o direito individual e coletivo.

O *quinto encontro* correspondeu à Abordagem afetiva, o título proposto foi “Cuidado afetivo”; o objetivo desse momento foi dialogar sobre o desenvolvimento dos laços afetivos entre os adolescentes e propor uma reflexão sobre os comportamentos de cuidado entre eles.

O *sexto encontro* teve como temática a Desenvoltura social, sendo desenvolvido com o título “Qual é o meu jeito?”; o objetivo desse encontro foi refletir sobre os comportamentos de cada um em meio às relações sociais, os diferentes contextos e possíveis

conflitos, bem como a superação dessas situações

Optou-se por analisar os dados por meio da análise temática de conteúdo em três etapas de tratamento dos dados, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2008). O primeiro momento, referente à pré-análise, foi concebido pelas três perguntas da ficha de avaliação, o efeito da intervenção, o sentimento despertado e o que pode ser colocado em prática.

O segundo momento de exploração do material, que seguiu o tratamento dos dados pela exaustividade, representatividade e homogeneidade dos registros, demonstrou a continuidade das categorias utilizadas. A interpretação pela codificação dos dados demonstrou as categorias: efeitos da intervenção e sentimentos dos participantes.

O tratamento dos resultados gerou dois tópicos de construção discursiva: as percepções dos adolescentes sobre suas habilidades sociais e como eles compreendem as mudanças comportamentais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção realizada contou com a participação de 21 adolescentes, sendo a amostra composta por 8 (38,1%) homens e 13 (61,9%) mulheres. A Tabela 1, a seguir, demonstra a relação de adolescentes por idade e gênero.

Tabela 1 – Relação de participantes da pesquisa por gênero e idade.

Gênero	Idade		
	15 anos	16 anos	17 anos
Masculino	1 (4,8%)	1 (4,8%)	6 (28,6%)
Feminino	2 (9,5%)	2 (9,5%)	9 (42,9%)

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

As Habilidades Sociais (HS) podem ser compreendidas como um conjunto descritivo de desempenhos individuais a partir de um contexto interpessoal específico, que resultam em maneiras adequadas do sujeito lidar com as diferentes situações que vivencia (ROSIN-PINOLA; DEL PRETTE, 2014).

Os indivíduos desenvolvem suas habilidades ao longo da vida, desde a infância, com o contato com outras pessoas, as regras e os ensinamentos socialmente descritos. As intervenções para o treinamento em HS são possíveis através do planejamento prévio e a participação de indivíduos que manifestem o desejo de desenvolver algum comportamento social.

Segundo Del Prette e Del Prette (2017a), as habilidades sociais compreendem classes de comportamentos, ou seja, diferentes comportamentos que estão relacionados à assertividade, comunicação, resolução de problemas interpessoais, cooperação e desempenho social.

Dessa forma, a percepção dos participantes sobre suas habilidades sociais possibilitou verificar que existiram resultados positivos, um deles foi a interação entre os participantes; o engajamento dos adolescentes nas propostas de integração grupal foi satisfatório, como demonstramos nos trechos a seguir:

Foi um projeto de interação, pude conversar com pessoas que não conversava, além da possibilidade de aprofundar nos assuntos trabalhados (P13).

Muito bem, onde podemos estar juntos, conhecer mais as pessoas e me deixou bem nesse sentido. Mais convivência e ajudar e orientar os outros (P242).

A participação dos adolescentes possibilitou a comunicação entre eles, a interação social satisfatória entre todos é a base para a realização da intervenção. A capacidade de perceber o outro, compreender sua realidade e melhorar o contato está relacionada com a empatia. Segundo Del Prette e Del Prette (2017a), o desenvolvimento de vínculos depende da capacidade de manter contato social. Tal habilidade é confirmada em comportamentos de compartilhar emoções, colocar-se no lugar do outro, saber ouvir sem julgar, respeitar pontos de vista divergentes, perdoar afrontas e agir de maneira altruísta (KRIEGER; FALCONE, 2017).

A adolescência é o período do desenvolvimento que possibilita as capacidades de autoconceito, construir as ideias de si mesmo, conhecer as próprias qualidades, defeitos e habilidades (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Uma ajuda para avaliarmos a nós mesmos, que podemos demonstrar a outros no nosso dia a dia (P176).

A percepção de autoavaliação corresponde ao autocontrole e civilidade; os adolescentes realizaram atividades que possibilitaram refletir sobre essas habilidades. Assim, refletir sobre

as regras sociais e culturais que correspondem ao contexto dos adolescentes foi importante para compreender que, para ser socialmente habilidoso, o conceito de competência social deve ser considerado. A competência corresponde ao emprego de comportamentos que demandem resultados positivos, levando em consideração o contexto que se está inserido (CABALLO, 2010).

A capacidade de defender seus direitos sem prejudicar os direitos dos outros indivíduos é uma habilidade necessária para o convívio social; a assertividade corresponde à expressão de sentimentos negativos, não ferir os direitos dos colegas e preservar as próprias escolhas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017b; 2012).

Essa percepção pode ser vista nos seguintes trechos:

Me fez ficar menos tímida, mais paciente, adquiri a regra de contar dez vezes em situações de estresse (P83).

Uma habilidade de convivência social, melhorar a fala e viver em sociedade (P81).

Os resultados referentes à compreensão sobre as experiências vivenciadas durante as intervenções mostraram que o diálogo e a reflexão sobre os próprios comportamentos foram resultados importantes para os participantes. Existe a necessidade de verificar alguma intencionalidade dos participantes em colocar em prática algo do que foi discutido.

Os adolescentes compreenderam as mudanças comportamentais através da possibilidade de colocar em prática os comportamentos aprendidos, o que corresponde à capacidade de solucionar problemas e aumentar a probabilidade de garantir resultados

positivos. Pesquisas apontam que adolescentes que apresentam um baixo repertório comportamental de habilidades sociais se tornam mais suscetíveis ao desajustamento social, *bullying* (FOGAÇA *et al.*, 2019) e depressão (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018).

Os relatos dos adolescentes podem descrever que a abordagem afetiva foi uma das habilidades sociais que tiveram representatividade, conforme observado nos trechos a seguir:

Ser mais legal com as pessoas, dizer coisas boas sempre que eu puder (P292).

Sempre falar com os outros, não pensar mal dos outros, ser mais amiga, humilde, encorajadora, companheira e etc. (P176).

Tentar interagir e demonstrar mais sentimentos (P128).

A afetividade corresponde a um importante componente da vida adulta. Com isso, ser aprimorado na adolescência promove relações mais saudáveis, a capacidade de demonstrar afeto com pares garante relações mais genuínas (BARTHOLOMEU; MONTIEL; PESSOTTO, 2011).

A capacidade de demonstrar ajuda a pessoas que necessitam corresponde ao componente de civilidade e desenvoltura social, que correspondem à visão de cidadania como a capacidade de seguir regras socialmente estabelecidas, em prol de relações coletivas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017b).

Tentarei conversar melhor com as pessoas que convivo. Oferecerei minha ajuda sempre que necessário (P13).

As relações de amizade entre os adolescentes correspondem a importantes componentes de uma vida saudável. Del Prette e Del Prette (2011) descrevem como uma habilidade de civilidade, assertividade e abordagem afetiva percebida em comportamentos de fazer e receber elogios, fazer perguntas e oferecer ajuda, sugerir atividades, manter conversas de sensações agradáveis.

Os repertórios de comportamentos deficitários geram dificuldades na vida dos indivíduos, algumas descrições mostram que há inabilidades que os participantes passaram a refletir. Assim, descrevem o desejo de superar e agir de forma diferente.

Tentarei superar minha timidez, falarei mais com as pessoas. Serei menos tímida (P84).

A superação dos déficits nas habilidades sociais diminui os problemas antissociais. O estudo de Fogaça *et al.* (2019) demonstrou que a melhoria de situações de *bullying* vivenciadas no contexto escolar está relacionada aos comportamentos de autocontrole e automonitoramento. Por conseguinte, repertórios comportamentais de comunicação, que se correlacionam com solicitar pedidos e informar condições adversas, podem e devem ser desenvolvidos para prevenir situações de violências recorrentes.

Os resultados apresentados puderam representar um panorama por parte dos adolescentes sobre os próprios comportamentos, como suas dificuldades em demonstrar componentes importantes na interação social e a necessidade de desenvolver

repertórios, mesmo que não seja possível verificar a efetividade desses resultados na vida de cada participante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo analisar o efeito de um programa de intervenção para o desenvolvimento de habilidades sociais em alunos de uma escola pública e a percepção dos participantes quanto ao processo de intervenção realizado. Os adolescentes que participaram da intervenção mostraram interesse em dialogar e refletir sobre as temáticas abordadas, compartilharam também a necessidade da criação de mais momentos para abordar suas questões, dúvidas e necessidades

O THS pode se configurar como uma importante ferramenta de promoção da saúde, tanto para o cuidado ao público adolescente quanto para os professores, para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades ao contato social com estes. Assim, a continuidade de novas ações na escola, novas estratégias de intervenção e a análise periódica dos repertórios de habilidades sociais é uma necessidade que não se esgota e demanda uma rotina de pesquisa que será mantida.

Por conseguinte, este estudo possibilita a ampliação do olhar sobre a saúde integral do adolescente, reconhecendo as suas habilidades sociais. Assim, a Atenção Primária à Saúde deve compreender e planejar ações em saúde incorporando a dimensão do THS, não apenas para adolescentes escolares, mas também para professores.

REFERÊNCIAS

BARTHOLOMEU, D.; MONTIEL, J. M.; PESSOTTO, F. Sociometria e habilidades sociais em alunos do ensino médio. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 211-228, 2011.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072011000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: [file:///C:/Users/maris/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/PPGSF%20\(MPSF%20E%20DPSF\)/4T%20MPSF/Ebook%20RENASF%202021/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf](file:///C:/Users/maris/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/PPGSF%20(MPSF%20E%20DPSF)/4T%20MPSF/Ebook%20RENASF%202021/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf). Acesso em: 28 abr. 2021.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. 3. reimp. São Paulo: Santos, 2010.

CAMPOS, J. R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 408-428, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a03.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

CAMPOS, J. R.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Relações entre depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, jul. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100505&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.

CASALI-ROBALINHO, I. G.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades Sociais como Preditoras de Problemas de Comportamento em Escolares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 321-330, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000300321&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das Habilidades Sociais**: terapia, educação e trabalho. 8. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Social skills and behavior analysis: Historical proximity and new issues. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 1, n. 2, p. 104-115, 2012. Disponível em: <https://revistaperspectivas.emnuvens.com.br/perspectivas/article/view/35/25>. Acesso em: 28 abr. 2021.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência social e habilidades sociais**: Manual teórico-prático. Petrópolis: Editora Vozes, 2017a.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Habilidade sociais**: programas efetivos em grupo. São Paulo: Person Clinical Brasil, 2017b.

DIAS, A.; OLIVEIRA, J. T.; MOREIRA, P. A. S.; ROCHA, L. Percepção dos alunos acerca das estratégias de promoção do sucesso educativo e envolvimento com a escola. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 32, n. 2, p. 187-199, 2015. Acesso em: 28 abr. 2021.

FOGAÇA, F. F. S. *et al.* O desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência como ápice comportamental. **Rev. Bras. Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 21, n. 2, p. 217-231, 2019. Dis-

ponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/1162/668>. Acesso em: 28 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2010**. 29 nov. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 28 abr. 2021.

KRIEGER, S.; FALCONE, E. M. O. A Influência das distorções cognitivas no comportamento altruísta. **Rev. Bras. Terapias Cognitivas**, v. 13, n. 2, p. 76-83, 2017. Disponível em: <http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v13n2/v13n2a02.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. S. Família, dificuldades no aprendizado e problemas de comportamento em escolares. **Educar em Revista**, v. 59, p. 123-139, 2016.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MURTA, S. G. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.

PAPALIA, D. E. R.; FELDMAN, D. P. **Desenvolvimento humano**. Tradução: Gabriela Martorell *et al.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASCHE, A. D. *et al.* Treinamento de Habilidades Sociais no

Contexto Escolar-Um Relato de Experiência. **Rev. Psicologia da IMED**, v. 11, n. 2, p. 166-179, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7026082>. Acesso em: 28 abr. 2021.

PAULA, J. A. *et al.* Subjetividades de adolescentes face à promoção da saúde: contribuições para a enfermagem. **Rev. Cuidarte**, v. 11, n. 1, p. 14-14, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7441622>. Acesso em: 28 abr. 2021.

PEREIRA, A. S.; DUTRA-THOMÉ, L.; KOLLER, S. H. Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. **Psicologia**, v. 47, n. 4, p. 268-278, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.

REIS, M. A. *et al.* Uso da metodologia ativa nos cursos de graduação em enfermagem/Use o factive methodology in nursing graduation courses. **Braz. J. Development**, v. 5, n. 9, p. 14280-14291, 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/3089>. Acesso em: 28 abr. 2021.

ROSIN-PINOLA, A. R.; DEL PRETTE, Z. A. P. Inclusão escolar, formação de professores e a assessoria baseada em habilidades sociais educativas. **Rev. Bras. Educação Especial**, v. 20, n. 3, p. 341-356, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382014000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n6/1777-1788/pt/>. Acesso em: 28 abr. 2021.

ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS CRIANÇAS PRE-MATURAS: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

*Natália Arrais Albuquerque
Mariana Cavalcante Martins
Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante
Fabiane do Amaral Gubert
Maria Tereza Lima Brilhante Marques
Eveline Pinheiro Beserra*

INTRODUÇÃO

A prematuridade, definida como o nascimento antes da 37^a semana, é o maior fator de risco para morte e doença no recém-nascido, não apenas logo após o nascimento, mas também durante a infância e idade adulta. O dano vai além da saúde física e atinge as dimensões cognitivas e comportamentais, o que torna esse problema um dos maiores desafios na saúde pública contemporânea (LEAL *et al.*, 2016).

Esse fator de risco afeta aproximadamente 15 milhões de recém-nascidos (RNs) em todo o mundo a cada ano, e suas complicações causam aproximadamente 1 milhão de mortes (LIU *et al.*, 2016). O Brasil ocupa o décimo lugar, no mundo, com o maior número absoluto de nascimentos prematuros, com uma prevalência estimada de 11,1% (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Em 2016, a pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento*, última realizada, mostra que as intervenções obstétricas excessivas e baixo uso de boas práticas na assistência ao parto ainda são realizadas no Brasil, evidenciando que a taxa de natalidade prematura (11,5%) no país é quase duas vezes maior do

que em países europeus – 74% desses bebês são prematuros tardios (34-36 semanas de gestação) (LEAL *et al.*, 2016). Além disso, o nascimento prematuro é a principal causa de óbitos neonatais, cerca de 70% deles ocorrem no primeiro ano após o nascimento, o que representa um maior risco de problemas de acompanhamento, principalmente de RNs prematuros com muito baixo peso ao nascer, o que torna indispensável a padronização do seguimento ambulatorial desses recém-nascidos (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Diante dessa situação, é um desafio para os profissionais de saúde e pais cuidar de forma adequada do recém-nascido prematuro, principalmente após a alta hospitalar (KLOSSOWSKI *et al.*, 2016). Recomenda-se que o acompanhamento do recém-nascido de alto risco siga o esquema de atenção básica e sejam disponibilizados ambulatorios assistidos por instituições especializadas, conhecidos como *follow-up* (FORMIGA *et al.*, 2018).

Um estudo realizado na região sul do país mostrou que o conhecimento dos profissionais era limitado e enfatizou a fragilidade da comunicação entre o hospital e a UBS no acompanhamento do recém-nascido na terceira fase do método Canguru (AIRES *et al.*, 2015). Portanto, ainda é tímido confirmar a convergência de cuidados entre os diferentes níveis de saúde. O acompanhamento desses bebês é realizado quase que predominantemente em âmbito hospitalar, o que indica a necessidade de investir na Atenção Primária à Saúde (APS) na assistência ao paciente prematuro e/ou bebês com baixo peso (AIRES; SANTOS, 2017).

Considerando a importância de avaliação dos serviços da Atenção Primária, o Ministério de Saúde, no Brasil, adotou o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary*

Care Assessment Tool), PCATool-Brasil, possibilitando a reafirmação ou reformulação das ações de Atenção Primária à Saúde (APS), com base na mensuração dos atributos da APS, através de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde (BRASIL, 2010). A qualidade da assistência está relacionada à existência de atributos da atenção primária: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (MENDES, 2015).

Portanto, este estudo tem como objetivo avaliar o nível de atenção dispensado aos bebês prematuros atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município de pequeno porte do Estado do Ceará sob a ótica de cuidadores e profissionais de saúde.

Diante disso, esta pesquisa tornou-se relevante na medida em que poderá auxiliar enfermeiros e profissionais de uma equipe multiprofissional de saúde da criança a refletir sobre a heterogeneidade dos serviços prestados nas regiões internas do Nordeste brasileiro, além de fornecer conhecimentos para o alcance da universalidade, unidade e uniformidade.

MÉTODODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um município de pequeno porte no interior do Ceará. A coleta ocorreu no período de junho a julho de 2019. O município possui uma população estimada em 25.496 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equivalente a 0.619 (IBGE, 2019).

A população foi composta por 49 crianças prematuras cadastradas no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SI-

NASC), no ano de 2018. Para compor a amostra de cuidadores das crianças identificadas, foram incluídas aquelas cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) e que tiveram pelo menos um atendimento nos últimos 12 meses, e excluídas crianças com o endereço inexistente ou não localizado, além de terem sido excluídas as crianças cujo cuidador possuísse deficiência intelectual que o impossibilitasse de responder à entrevista. Ao final, obteve-se, mediante cálculo amostral, 32 crianças, sendo que, destas, quatro foram perdidas, pois o endereço disponibilizado no sistema não foi localizado. Foi realizada amostragem não probabilística por conveniência (consecutiva).

Para os profissionais de saúde, considerou-se a totalidade populacional cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do município, no período da coleta, e foram incluídos os médicos e enfermeiros vinculados à ESF durante o período da coleta de dados, e excluídos os profissionais de férias (durante o período das entrevistas) e os que não atendessem crianças.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual com os cuidadores, no domicílio, utilizando-se do Instrumento PCATool-Brasil versão criança. Para coletar os dados dos profissionais de saúde, realizou-se também a entrevista individual, utilizando o instrumento PCATool-Brasil versão profissional, em que o entrevistador visitou cada Unidade Básica de Saúde a qual o enfermeiro e médico pertencem, contemplando 14 profissionais, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

O PCATool-Brasil versão criança consta de 55 itens divididos em 10 componentes em relação aos atributos da APS. Des-

taca-se que neste estudo foi utilizado apenas o grau de afiliação aos serviços de saúde, aplicado somente para os cuidadores dos prematuros, e apenas os atributos Longitudinalidade, Coordenação-integração de cuidados e Orientação familiar, aplicados aos cuidadores e profissionais de saúde, correspondendo a 25 itens.

Já o PCATool-Brasil versão profissionais constitui-se de 77 itens, divididos em 8 componentes. Para a avaliação neste estudo, foram utilizados apenas os atributos já mencionados, totalizando 22 itens.

Para a análise dos dados, estes foram organizados e agrupados, de acordo com o bloco de perguntas dos instrumentos utilizados na coleta de dados, por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0. Posteriormente, os escores foram calculados conforme as instruções presentes nos anexos de cada versão do PCATool, originárias do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment tool-PCAtool*) calculando a média de cada atributo, que foi transformada em uma escala de 0-10, conforme segue: $(\text{escore obtido}-1) \times 10/3$. Esse escore transformado tem como ponto de corte valores $\geq 6,6$, considerados satisfatórios para a extensão do atributo na APS (BRASIL, 2010; CHOMATAS *et al.*, 2013).

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreu-se à análise descritiva, e para as variáveis categóricas, foram contabilizadas as frequências e porcentagens de suas ocorrências; para as variáveis numéricas, foram contabilizadas a média, mínimo, máximo, desvio-padrão e o respectivo intervalo de confiabilidade de 95% para a média. Foi aplicado o teste de Fisher para verificar a associação entre duas variáveis nominais (variáveis que possuem

respostas categóricas). Para a comparação entre os grupos, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, o qual é equivalente ao método ANOVA para comparação de k médias. Adotou-se 5% como nível de significância, isto é, p-valor menor que 0,05 sinaliza resultado significativo a favor da hipótese H_1 . Se não, se o p-valor for maior que 0,05, conclui-se que não houve efeito significativo, logo, há indícios a favor de H_0 .

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o parecer n.º 3.511.674, visando atender às recomendações éticas da pesquisa envolvendo seres humanos expressas na Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Na amostra de 28 entrevistados, verificou-se que a totalidade é do sexo feminino e 92,9% eram mães. A idade teve a média de 29,1 anos; 57,1% possui o ensino médio e 96,4% com renda familiar de um salário mínimo.

Observou-se elevado grau de afiliação, com escore 9,76, relacionando os cuidadores aos serviços de saúde existentes. Obteve-se que 100% dos indivíduos pesquisados levam a criança a um médico, enfermeiro ou serviço de saúde; destes, 96,4% responderam que o médico, enfermeiro ou serviço de saúde é o mesmo que promove esse cuidado.

Na Tabela 1, listam-se os valores dos escores dos atributos por questão da ferramenta PCATool, com relação ao cuidador dos prematuros, em que o grau de afiliação obteve o maior escore (9,76); seguido do atributo Longitudinalidade (7,2); a Integração

de cuidados alcançou escore 5,9, ressaltando que apenas 13 crianças foram encaminhadas para alguma consulta ou serviço especializado; a Orientação Familiar atingiu o escore 5,9.

Tabela 1 – Valores médios, intervalos de confiança e estratificação dos atributos analisados no estudo, por cuidadores de crianças prematuras e profissionais, conforme escala métrica de 0 a 10. Senador Pompeu, CE, Brasil, 2019.

Atributos	Média	Mínimo	Máximo	IC de 95%	<6,6*	≥ 6,6*
Afiliação	9,76	3,3	10,0	9,27 - 10,0	1 (3,6)	27 (96,4)
Longitudinalidade	7,16	4,5	10,0	6,52 - 7,80	11 (39,3)	17 (60,7)
Integração de cuidados	5,90	0,0	10,0	4,04 - 7,75	8 (61,5)	5 (38,5)
Orientação familiar	5,93	1,1	10,0	4,80 - 7,06	14 (51,9)	13 (48,1)

*6,6 corresponde a 66%.

Foram entrevistados 14 profissionais de saúde, 71,4% enfermeiros e 28,6% médicos, nos quais 64,3% eram do sexo feminino, com idade média de 31,7 anos. A maioria, 78,6%, possui especialização como nível máximo de escolaridade, nos quais 57,1% dos profissionais têm experiência profissional na ESF menor que 3 anos e trabalham no município em questão há pelo menos 2 anos e 6 meses.

No tocante aos atributos (Tabela 2), com relação aos profissionais, a Orientação familiar (8,9) obteve o maior escore, e Integração de cuidados (6,9) a menor média. Nesse grupo, todos os componentes foram avaliados de forma satisfatória ($\geq 6,6$).

Tabela 2 – Valores médios, desvios-padrão, intervalos de confian-

ça e estratificação do escore, dos atributos analisados no estudo, por profissionais. Senador Pompeu, CE, Brasil, 2019.

Atributos	Média	Mínimo	Máximo	IC de 95%	<6,6*	≥6,6*
Longitudinalidade	7,69	5,6	9,5	7,02 - 8,36	2 (14,3%)	12 (85,7%)
Integração de cuidados	6,90	4,4	8,3	6,24 - 7,57	3 (21,4%)	11 (78,6%)
Orientação familiar	8,89	6,7	10,0	8,18 - 9,60	0 (0,0%)	14 (100,0%)

*6,6 corresponde a 66%.

Na Tabela 3, comparam-se os atributos Longitudinalidade, Integração de cuidados e Orientação familiar em relação às características de tempo na ESF e no município, dos profissionais. Não foi possível detectar diferenças no escore médio dos três atributos nos perfis analisados, p-valor >0,05.

Tabela 3 – Comparação do escore médio dos atributos dos profissionais em relação ao tempo na ESF e no município. Senador Pompeu, CE, Brasil, 2019.

Característica	Longitudinalidade	Integração de cuidados	Orientação familiar
Média (IC de 95%)	Média (IC de 95%)	Média (IC de 95%)	
Tempo na ESF			
p-valor:	0,975	0,646	0,221
Até 3 anos	7,66 (7,07 - 8,25)	6,81 (5,92 - 7,69)	9,31 (8,61 - 10,00)
Acima de 3 anos	7,74 (5,97 - 9,50)	7,04 (5,62 - 8,45)	8,33 (6,73 - 9,94)
Tempo no município			
p-valor:	0,241	0,963	0,088

Até 2,5 anos	7,22 (6,65 - 7,80)	7,04 (6,56 - 7,51)	9,63 (9,03 - 10,23)
Acima de 2,5 anos	8,04 (6,87 - 9,22)	6,81 (5,55 - 8,07)	8,33 (7,22 - 9,44)

*Teste Kruskal-Wallis.

Na Tabela 4, encontra-se o comparativo do escore obtido pelos cuidadores e profissionais em relação aos atributos analisados. Nota-se que o escore Orientação familiar foi significativo (p -valor $< 0,001$), portanto o escore médio dos profissionais, nesse quesito, foi superior ao dos familiares ou cuidadores. Em relação aos outros escores – Longitudinalidade e Integração de Cuidados – não foi possível detectar diferenças entre os grupos familiares ou cuidadores e profissionais, p -valor = 0,325 e p -valor = 0,251, respectivamente.

Tabela 4 – Comparação do escore médio dos cuidadores e profissionais em relação aos atributos avaliados. Senador Pompeu, CE, Brasil, 2019.

Atributos	Cuidadores Média (IC de 95%)	Profissionais Média (IC de 95%)	P-valor*
Longitudinalidade	7,16 (6,52 - 7,80)	7,69 (7,02 - 8,36)	0,325
Integração de cuidados	5,90 (4,04 - 7,75)	6,91 (6,24 - 7,57)	0,251
Orientação familiar	5,93 (4,80 - 7,06)	8,89 (8,18 - 9,60)	$< 0,001$

*Teste Kruskal-Wallis.

Na Tabela 5, comparam-se os atributos entre os grupos na forma de estratificação dos escores, abaixo ou acima de 6,6. Nessa configuração, foi possível encontrar resultado significativo no

questo Orientação familiar (p-valor < 0,001), portanto os profissionais obtiveram porcentagem maior de resultados na categoria.

Tabela 5 – Distribuição do resultado da classificação dos atributos dos cuidadores e profissionais em relação aos atributos avaliados. Senador Pompeu, CE, Brasil, 2019.

Atributos	Cuidadores		Profissionais		P-valor*
	<6,6	≥6,6	<6,6	≥6,6	
Longitudinalidade	11 (39,3%)	17 (60,7%)	2 (14,3%)	12 (85,7%)	0,159
Integração de cuidados	8 (61,5%)	5 (38,5%)	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,054
Orientação familiar	14 (51,9%)	13 (48,1%)	0 (0,0%)	14 (100,0%)	< 0,001

*Teste de Fisher.

Sendo flexível no nível de significância, também é possível considerar que o quesito Integração de cuidados foi significativo (p-valor = 0,054), portanto os profissionais obtiveram maiores resultados na categoria maior ou igual a 6,6 quando comparados aos cuidadores. O atributo Longitudinalidade não foi significativo (p-valor = 0,159), portanto o comportamento do escore categórico é similar entre os grupos de cuidadores e profissionais.

DISCUSSÃO

No estudo, verificou-se que as mulheres são encarregadas dos cuidados com as crianças, predominando as mães nessa tarefa, sendo que a maioria apresentou baixo nível de escolaridade e socioeconômico, possuindo o ensino médio como nível máximo

de escolaridade, corroborando os estudos (LIMA *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Outro destaque se refere à renda familiar, na qual os cuidadores de crianças apresentaram baixa condição socioeconômica (REICHERT *et al.*, 2016). Essa relação pode ser vista em um estudo que avaliou os atributos Orientação familiar e comunitária e associou baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, dificultando a mãe na obtenção de conhecimentos, reduzindo sua habilidade de cuidado e assistência, afetando as condições de vida e saúde das pessoas (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Analisando o perfil dos profissionais de saúde, verificou-se que a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, corroborando estudos que indicam uma propensão a um maior número de mulheres atuantes nas profissões da área da saúde (LIMA *et al.*, 2018).

Sob o ponto de vista dos cuidadores, o grau de afiliação (componente de estrutura do atributo Longitudinalidade, mensurado pela afinidade do usuário com o serviço de saúde, apresentou elevado escore (9,76), indicando que essa população costuma levar suas crianças para o mesmo serviço de saúde, quando necessitam de atendimento, reconhecendo-o como fonte principal de cuidados primários. Contudo, outros estudos contradizem esse dado, afirmando que os cuidadores das crianças buscam assistência na ESF apenas por ser a unidade de saúde mais próxima de casa (PENSO *et al.*, 2017).

Sobre o atributo Longitudinalidade, o estudo apresentou 7,2 de escore, na perspectiva dos cuidadores, demonstrando que há vinculação de longa duração entre os profissionais e os pacien-

tes em suas unidades de saúde, independentemente do tipo ou, até mesmo, da existência de algum problema de saúde (PORTELA, 2017). Na percepção dos profissionais, esse mesmo atributo recebeu escore médio (7,7), havendo pouca diferença entre as avaliações. Esse item é um ótimo indicador para avaliar essa continuidade da assistência, Atenção Primária e Terciária, tão necessária para crianças nascidas prematuras. Apesar de ter sido somente 0,77 escores acima da média, considera-se que existe uma relação satisfatória.

A Coordenação do cuidado pode ser conceituada pelo desenvolvimento de estratégias objetivando a articulação de ações e serviços de saúde entre os distintos níveis de atenção, nos quais os profissionais envolvidos utilizam ferramentas para organizar a assistência, estabelecer fluxos, proporcionar comunicação sobre os usuários e seu processo assistencial, intermediar o processo de encaminhamento dos pacientes com diferentes necessidades de saúde, de forma a proporcionar cuidado integral e contínuo, em tempo oportuno (ALELUIA *et al.*, 2017).

Acerca do atributo Coordenação, em seu componente Integração de cuidados, na percepção dos cuidadores, o estudo alcançou o escore médio (5,9), correspondendo a um resultado insatisfatório, ou seja, abaixo do escore preconizado neste estudo ($\leq 6,6$), indicando a existência de um sistema de coordenação de cuidados inadequado. Sob a perspectiva dos profissionais de saúde, no que se refere a este componente, o presente estudo identificou escore médio de 6,9, portanto, satisfatório. Estudos julgam que a fragilidade no processo de coordenação se deve, em grande parte, pela incapacidade de assegurar a continuidade da atenção,

ênfatizando que a falta de contrarreferência tem sido reportada como habitual nos serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2016; ROLLIM *et al.*, 2019).

No estudo, a Orientação familiar não alcançou resultados satisfatórios, na compreensão dos cuidadores, apresentando o escore 5,9. Já na avaliação dos profissionais, esse escore atingiu 8,89, considerado elevado, quando comparado a todos os outros atributos deste estudo. A pesquisa de Silva e Alves (2018) analisou o atributo Orientação familiar, por meio de uma abordagem multidimensional, e constatou diferenças substanciais quanto à avaliação dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde (SILVA; ALVES, 2019).

Ao comparar o atributo Orientação familiar nos dois públicos deste estudo, evidenciou-se que o escore foi significativo (p -valor $<0,001$), comprovando diferença categórica nos resultados avaliados, com substancial superioridade dos profissionais de saúde em detrimento dos cuidadores. A discordância entre as avaliações de profissionais e usuários pode estar associada a diferentes opiniões e conhecimento sobre o atributo (SILVA; ALVES, 2019). O atributo Cuidado centrado na família deve ser entendido como uma relação de parceria entre ela e os provedores do cuidado para a escolha dos recursos terapêuticos, abordando as informações de maneira aberta e objetiva, respeitando as diferenças sociais, culturais e linguísticas das crianças e de seus pares (PAULA *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a avaliação da assistência à criança prematura na Atenção Primária, por meio da análise dos atributos Longitudinalidade, Coordenação e Orientação familiar, utilizando o instrumento PCATool, nas perspectivas do cuidador e dos profissionais de saúde.

As características sociodemográficas dos cuidadores indicam que as mães são as principais responsáveis pelo cuidado com os filhos, possuem baixos níveis de escolaridade e socioeconômico.

O estudo mostrou um alto grau de afiliação, indicando que a APS é reconhecida como a principal fonte de atenção à saúde. Relacionado a isso, ele retrata pontuações altas do atributo Longitudinalidade, para estabelecer a eficácia da relação entre usuários e profissionais, evidenciado por um informante da pesquisa. O uso deste atributo deve ser cada vez mais incentivado, considerando os benefícios já descritos.

Em contrapartida, os atributos Coordenação do cuidado e Orientação familiar apresentaram baixos escores, na visão dos cuidadores, inferindo que a assistência aos prematuros ainda não atingiu os níveis de qualidade e efetividade recomendados pelo PCATool. Para o fortalecimento da Coordenação do cuidado ao prematuro é necessário o aperfeiçoamento da comunicação e articulação entre os diferentes níveis de saúde, possibilitando o provimento de ações e serviços de qualidade, tornando o sistema de regulação mais funcional.

No que concerne à Orientação familiar, os resultados do estudo evidenciaram não só a baixa orientação reconhecida pe-

los cuidadores, como também a contrariedade entre os sujeitos da pesquisa. Portanto, é imprescindível assistir a criança, considerando a família como sujeito da atenção, procurando entender suas necessidades de saúde.

Esse desfecho retrata a complexidade de efetivação de uma Atenção à Saúde da criança, atentando para a necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais, produzindo melhores resultados no cuidado à criança prematura, tornando esses atributos da Atenção Primária conhecidos e amplamente divulgados tanto para usuários como para os profissionais, para seguirem, assim, uma ótica de atendimento qualificado e satisfatório.

Portanto, a promoção de estudos avaliativos contribui para melhorar a qualidade da Atenção à Saúde da criança prematura, tornando-se subsídios para o planejamento e a efetivação de ações embasadas nas necessidades de saúde da população infantil.

Vale ressaltar que a efetiva atuação do enfermeiro é de grande relevância para os cuidados com os prematuros e deve ser incentivada e fortalecida de forma a focar uma atenção longitudinal, integral e orientada para a família, não se limitando à doença e aos aspectos biológicos da criança prematura.

Salienta-se, entretanto, que a pesquisa teve limitações com relação ao número reduzido de informantes, pelo fato da não localização dos cuidadores e dificuldades quanto à entrevista com os profissionais médicos.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P. *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 224-232, 2015. Disponível

em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>. Acesso em: 12 jan. 2020.

AIRES, L. C. P. *et al.* Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Rev. Esc. Enferm. Anna Nery** (Internet), v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127750429002>. Acesso em: 12 jan. 2020.

ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool-pcatool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev. Bras. Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828). Acesso em: 24 jul. 2018.

FERREIRA, V. D. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Rev. Esc. Enferm. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160104, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FORMIGA, C. K. M. R.; SILVA, L. P.; LINHARES, M. B. M. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 333-341, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000300333&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Senador Pompeu-CE, 2014. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/senadorpompeu/panorama>. Acesso em: 19 jul. 2018.

KLOSSOWSKI, D. G. *et al.* Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00137.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

LEAL, M. C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod. Health**, v. 13, Suppl. 3, p. 127, 2016. Disponível em: <https://reproductive-healthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0230-0>. Acesso em: 24 jul. 2018.

LIMA, E. F. A. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.

Acesso em: 21 jul. 2018.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 52-66, 2018. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s104>. Acesso em: 24 jul. 2018.

LIU, L. *et al.* Causas globais, regionais e nacionais de mortalidade abaixo de 5 anos em 2000–15: uma análise sistemática atualizada com implicações para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616315938>. Acesso em: 24 jul. 2018.

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

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 3, p. 382-389p, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n3/pt_0080-6234-reusp-50-03-0382.pdf. Acesso em: 24 jul. 2018.

PAULA, W. K. A. S. *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020113.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

PENSO, J. M. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev. Bras. Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1212>. Acesso em: 24 jul. 2018.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v. 27, n. 2, p.

255-276, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2018.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119. Acesso em: 24 jul. 2018.

ROLIM, L. B. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 19-26, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e00095418, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/659/avaliacao-do-grau-deimplantao-dos-atributos-da-atenao-primaria-sade-como-indicador-da-qualidade-da-assistenciaprestada-s-crianas>. Acesso em: 24 jul. 2018.

TEIXEIRA, G. A. *et al.* Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. **Cogitare**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/articloe/view/51409>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SAÚDE BUCAL OFERECIDA AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Luiza de Paula Sousa
Michel Ângelo Marques Araújo
Sharmênia de Araújo Soares Nuto
Maria Vieira de Lima Saintraim
Carla Manuela Rodrigues Nogueira
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer*

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é encontrada em todas as partes do mundo e se apresenta como uma doença mental grave e incapacitante, atingindo todas as classes sociais, raças e etnias diversas. Ela se manifesta, geralmente, no final da adolescência ou início da idade adulta, sendo mais prevalente nos homens (QUEIRÓS *et al.*, 2019; BALTASAR; PEREIRA; SOUZA *et al.*, 2020).

Faria *et al.* (2019, p. 20) descrevem a esquizofrenia como um “distúrbio psicótico caracterizado pela dissociação das funções psíquicas, e seus fenômenos de maior relevância são os distúrbios de relacionamento e de afeto, a desorganização do pensamento, o impedimento para delimitar a realidade e a fantasia”. É uma patologia de etiologia indefinida, em que achados apontam para uma associação de fatores que podem resultar no surgimento da doença, sendo estes culturais, psicológicos, biológicos e genéticos (SANTOS; SOARES; DE MELO *et al.*, 2020). Doença crônica e impactante, a esquizofrenia diminui, significativamente, a qualidade de vida dos indivíduos, sendo que a maioria destes cessam ou não desenvolvem suas atividades normais como trabalhar,

estudar e socializar, tendo, portanto, suas relações interpessoais prejudicadas (BALTASAR; PEREIRA; SOUZA, 2020).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), a taxa de prevalência da esquizofrenia parece ser de 0,3% a 0,7% ao longo da vida, com relatos de variação por raça/etnia entre países e por origem geográfica em imigrantes e filhos de imigrantes.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2020) afirma que “a saúde mental é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública e que quase 1 bilhão de pessoas vivem com transtorno mental”; além disso, até o ano de 2014, 26 milhões de pessoas foram diagnosticadas com esquizofrenia no mundo.

No Brasil, em que pese o avanço na redução das iniquidades sociais, decorrente da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ressalta-se que parcelas da população, aqui enfatizados os indivíduos acometidos de transtornos mentais, ainda são marginalizadas nas questões relativas ao acesso aos serviços, bem como à resolução de suas demandas de saúde geral e bucal.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) existe um elenco de atividades que devem ser oferecidas pelas equipes de saúde bucal aos usuários do SUS, divididas em Ações de Promoção e Proteção da Saúde, Prevenção de doenças, Recuperação de agravos e reabilitação de órgãos e funções. Tudo isso na lógica da adscrição de populações e territórios definidos (BRASIL, 2008b); entretanto, esse elenco de ações nem sempre consegue chegar a toda a população necessitada, principalmente àqueles com necessidades especiais.

Pacientes esquizofrênicos acham-se enquadrados na classe de pacientes especiais, no que se refere à abordagem odontológica para tratamento. Para Santos, Soares e De Melo (2020), no entanto, existem ainda grandes dificuldades no acesso aos serviços odontológicos e na capacitação profissional para o atendimento desse grupo.

Nesse âmbito, questiona-se a qualidade da atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com transtorno mental – em especial os com esquizofrenia – pela Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, haja vista que, historicamente, essa é uma população segregada e marginalizada pela sociedade e pelos serviços de saúde, de uma maneira geral.

Fortaleza é a quinta capital do país, e, sendo uma das mais importantes do Nordeste, tem características demográficas e sociais muito heterogêneas, apresentando 58,29% de cobertura de ESF, a terceira do Brasil (BRASIL, 2020). O presente estudo teve como objetivo averiguar o acesso à atenção em saúde bucal dos pacientes com esquizofrenia na ESF, na perspectiva dos pacientes e/ou cuidadores, no município de Fortaleza-CE, conjecturando-se que a atenção oferecida a esses pacientes não é a adequada às necessidades em saúde bucal, de acordo com a percepção de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e de seus cuidadores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado com pacientes com esquizofrenia e/ou seus cuidadores, cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevista baseada em um questionário semiestruturado, entre 22 de abril e 26 de agosto de 2016.

O estudo concentrou-se no Hospital de Saúde Mental Dr. Frota Pinto (Hospital de Saúde Mental – HSM/Messejana), o maior, o mais antigo e o único hospital totalmente público para pacientes com transtorno mental do estado. A escolha desse local foi intencional, pois, sendo um hospital público, tem a maioria de sua clientela dependente do Sistema Único de Saúde, sendo esta, portanto, também usuária da ESF. Foram identificados e entrevistados os usuários acompanhados no ambulatório de Esquizofrenia e de Psicoses de difícil controle e/ou seus cuidadores. A amostra (n=90) foi calculada levando em consideração o cálculo amostral aleatório simples, com nível de confiança de 90%, e erro amostral de 10%, utilizando-se a prevalência mundial de pacientes com esquizofrenia, 1% da população mundial (KAPLAN; SADDOK, 2007), visto que o município não dispõe de números precisos sobre essa população. Segundo o censo de 2014, Fortaleza possui 2.571.899 habitantes (IBGE, 2014), tendo-se, teoricamente, cerca de 25.000 pessoas com esquizofrenia no município.

Os dados coletados foram analisados em base eletrônica, utilizando-se software para a análise estatística STATA. Em consonância com a resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a pesquisa foi aprovada sob o parecer n.º 1.361.774 de 10 de dezembro de 2015, seguindo suas recomendações.

RESULTADOS

Obedecendo-se aos critérios de exclusão, observou-se que, dos 281 pacientes abordados, cinco (1,7%) tinham outro diagnóstico, 21 (7,4%) eram de outros municípios, 12 (4,2%) pacientes

e/ou cuidadores se recusaram a responder o questionário e dois (0,7%) tinham um acompanhante eventual, ou seja, não tinha conhecimento do histórico de busca do paciente por serviços de saúde. Além disso, parte dos pacientes abordados eram chamados para as consultas antes de concluir as entrevistas (n=41; 14,5%). Dessa maneira, só foram colhidas informações de 100 pacientes, sendo estas fornecidas por eles próprios em 25% dos casos (n=25); pelas mães, em 42% (n=42); por irmã/irmãos, em 19% (n=19).

De acordo com os dados coletados, a maioria desses pacientes é parda (60%), do sexo masculino (67%), católica (50%), solteira (84%) e tem ensino fundamental incompleto (33%). Dentre as pessoas entrevistadas, foram identificadas 39 profissões diferentes, e, dentre as 76 que declararam renda, 58 (76,3%) ganham até um salário mínimo.

A Tabela 1 apresenta as percepções dos pacientes com esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, acerca do acesso à atenção em saúde bucal que lhes é oferecida, na Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza.

A Tabela 2 demonstra a percepção dos pacientes entrevistados acerca da resolutividade da atenção em saúde bucal a eles oferecida na ESF.

Finalmente, convidados a atribuírem uma nota de zero a dez à atenção a eles dispensada pelas equipes de saúde bucal das Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), somente 71 se manifestaram, com média 5 (DP± 3,5).

Tabela 1 – Percepções dos pacientes com esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, acerca da atenção em saúde bucal a eles oferecida na Estratégia Saúde da Família (Fortaleza-CE) (n=100).

	n	%
Você já procurou a UAPS próxima à sua casa, para tratamento odontológico? (n=100)	--	100
Sim	58	58
Não	42	42
A(o) ACS já deu alguma informação sobre a atendimento odontológico na UAPS? (n=97)	--	97
Sim	17	17,5
Não	46	47,4
Não se aplica (Não conhece a(o) ACS)	34	35
Você conseguiu atendimento odontológico na UAPS perto de sua casa? (n=58)	--	58
Sim	29	50
Não	29	50
Motivos intrínsecos ao serviço (e.g.: burocracia; “falta de vaga”; “muita gente”)	27	93,1
Motivos intrínsecos ao paciente (e.g.: conseguiu, mas o(a) paciente não foi)	2	6,8
Se conseguiu marcar, como conseguiu? (n=29)	--	29
Através da(o) ACS	1	3,4
No acolhimento na área de abrangência	2	6,8
Acolhimento na UAPS	23	79,3
A pedido de outro profissional	3	10,3
Se conseguiu atendimento, de que tipo foi? (n=29)	--	29
Somente de urgência	12	41,3
Para tratamento completo (retornos)	12	41,3
Somente para ser encaminhado para outro serviço	5	17,2

Quando foi marcado, quanto tempo esperou para ser atendido? (n=27)	--	93,1
Até meia hora	14	51
Entre meia e uma hora	8	29,6
Entre uma e duas horas	2	7,4
Mais de duas horas	3	11,1
Como você se considera em relação à atenção em saúde bucal recebida na UAPS? (n=60)	--	60
Muito insatisfeito	14	23,3
Insatisfeito	23	38,3
Satisfeito	18	30
Muito satisfeito	5	8,3
Classifique o atendimento na UAPS comparando a outro local que você tenha sido atendido (n=25)	--	25
Muito melhor	6	24
Melhor	9	36
Igual	3	12
Pior	6	24
Muito pior	1	4
Acha que sua condição de saúde o impede de ser atendido num dentista da UAPS? (n=96)	--	96
Sim	17	17,1
Não	79	82,2
Você já teve alguma dúvida sobre saúde bucal ou geral esclarecida pela equipe de saúde bucal? (n=87)	--	87
Sim	6	6,9
Não	81	93,1

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2 – Percepções dos pacientes com esquizofrenia, atendidos no HSM de Messejana, com relação à resolutividade da atenção em saúde bucal a eles oferecida na Estratégia Saúde da Família (Fortaleza-CE) (n = 100).

	n	%
Quais serviços odontológicos você utiliza? (n=66) (*)	--	66
Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)/Posto	41	62,1
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	9	13,6
Plano de saúde	16	24,2
Consultório particular	18	27,2
Faculdades	2	3
Outros (e.g. hospital, SEST/SENAT, Cursos espec., Aeronáutica, CEFET, UPA, escola)	8	12,1
Você conseguiu resolver seu problema de saúde bucal na UAPS próxima à sua casa? (n=33)	--	33
Sim	10	30,3
Não	23	69,6
Por quê? (n=14)	--	42,4
Razões internas ao serviço (e.g.; “tinha que ficar tentando”; “faltou material”; “foi encaminhado” etc.)	12	85,7
Razões externas ao serviço (e.g.: “paciente não deixou/não voltou”)	2	14,2
Você precisou ser encaminhado para fazer tratamento em outro local? (n=43)	--	43
Sim	21	48,8
CEO	20	95,2
Faculdade de odontologia	1	4,7
Não	22	51,1
No caso de ter sido encaminhado, o serviço era muito longe? (n=21)	--	21
Sim	18	85,7
Não	3	14,2

Se não houve encaminhamento, você tentou atendimento em outro local? (n=48)	--	48
Sim	40	83,3
Como foi essa busca? (n=36)	--	75
Incômoda pelo deslocamento/difícil pegar transporte com ele(a)	17	47,2
Incômoda pela questão financeira	9	25
Normal, mas preferia que fosse no posto	5	13,8
Não foi incômoda	5	13,8
Não	8	16,6
Se você foi encaminhado para o CEO, conseguiu resolver o seu problema? (n=27)	--	27
Sim	18	66,6
Não	9	33,3
Razões inerentes ao serviço (e.g.: “não conseguiu o canal”; “não tinha material”; “sistema fora do ar”)	5	55,5
Razões inerentes ao paciente (e.g.: “não deixou”; “foi internado”; “deixou de ir”; “não foi ainda”)	4	44,4

*O respondente poderia marcar mais de uma opção (% no total pode ser maior que 100%).

Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

Um levantamento realizado nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (MEDLINE e SciELO), entre os meses de abril e junho de 2015, com os descritores – acesso, pacientes com necessidades especiais (PNE), pessoas com deficiência, saúde bucal, Estratégia Saúde da Família, transtornos mentais e esquizofrenia – demonstrou que este estudo é o primeiro dessa natureza, visto que apresenta a realidade da atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia, em âmbito ambulatorial, sob a ótica dos que foram pesquisados.

Esta pesquisa reflete a qualidade do serviço de saúde bucal ofertado para esses indivíduos, na ESF da quinta capital do Brasil, e espera-se que o conhecimento acerca desses fatos seja utilizado para auxiliar no adequado planejamento e condução de tratamentos direcionados aos pacientes com esquizofrenia.

Percebe-se que pesquisas científicas que abordem a doença mental e suas manifestações bucais nos indivíduos, assim como seu impacto na vida desses pacientes, ainda são muito raras no Brasil. Uma pesquisa realizada por Labuto *et al.* (2020) destinou-se a entender o processo de formação do cirurgião-dentista, e suas fragilidades, diante da assistência odontológica ao paciente portador de transtornos mentais, procurando identificar possíveis falhas na formação acadêmica que possam interferir, negativamente, no manejo clínico do paciente com doença mental. O estudo tinha por objetivo analisar o preparo e a percepção do conhecimento técnico, as condições de atendimento e a resolutividade do atendimento odontológico, relativos à saúde mental, considerando a rede de atenção no SUS.

Este trabalho busca dar maior visibilidade a uma temática vista, muitas vezes, sob a ótica do preconceito e do desconhecido, entendendo que conhecer a resolutividade dos serviços de saúde bucal oferecidos na Atenção Primária, sob a ótica dos usuários, mensurando seu grau de satisfação, é essencial para que as equipes de saúde bucal se (re)organizem, enquanto ordenadoras do cuidado em saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família. É importante evidenciar que este estudo foi realizado em um serviço público, portanto, com pacientes socialmente mais desfavorecidos, usuários do SUS também nas questões de saúde geral. Recorde-se

ainda que, em Fortaleza, estima-se que existam cerca de 25.000 pacientes com algum grau de esquizofrenia, boa parte dependente do serviço público de saúde, que precisam ter suas demandas de saúde bucal resolvidas no âmbito da proposta de cuidados primários de saúde.

Os transtornos mentais englobam uma grande variedade de patologias psiquiátricas, algumas das quais relacionadas a deficiências com o autocuidado, o que afeta a higiene pessoal e, em particular, a higiene bucal (SANTOS; SOARES; DE MELO, 2020). Como agravante, segundo Trindade *et al.* (2019), a prevalência do uso do tabaco entre pessoas esquizofrênicas é mais elevada do que na população em geral; além disso, é maior quando comparada às demais pessoas acometidas de outros transtornos mentais. Os autores relatam, ainda, que o uso da nicotina está diretamente ligado a grandes interações, para controle de impulsos, estresse e tédio.

Para Oliveira *et al.* (2019), o tabagismo entre pacientes acometidos de transtornos mentais sempre foi muito frequente e, atualmente, é visto como mais um problema de saúde pública, haja vista a prevalência de fumantes entre esses indivíduos ser de duas a três vezes maior que na população em geral. Essa exposição pode ter como consequência diversas doenças graves, causando a morbimortalidade dos indivíduos: cânceres (pulmão, cavidade oral, esôfago, estômago, cólon, bexiga, rins, colo do útero), doenças respiratórias crônicas (doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquites), problemas oculares (catarata e cegueira), doenças circulatórias (hipertensão, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio), crescimento uterino retardado, além de ser fator de risco para doenças transmissíveis, como a tuberculose (FELIPE *et*

al., 2021).

Tais constatações agravam mais ainda o quadro de saúde geral dos pacientes acometidos de esquizofrenia, sabendo-se que o tabagismo é uma doença crônica e está associado a várias patologias graves como já mostrado, além de problemas periodontais.

Na relação das atribuições do cirurgião-dentista na ESF, estão as atividades ligadas à prevenção e ao combate ao uso abusivo de álcool, de tabaco e drogas ilícitas, que incentivem o uso de barreiras e/ou protetor solar, assim como ações que estimulem a prática de atividades físicas e a alimentação saudável – fatores diretamente relacionados à incidência do câncer de boca.

Diversos pesquisadores relatam como agravante para a susceptibilidade desses pacientes às doenças bucais as medicações indicadas para o tratamento dos sintomas da esquizofrenia, visto que causam efeitos colaterais que afetam diretamente a cavidade oral.

O tratamento medicamentoso prescrito pelos médicos pode refletir e manifestar-se em âmbito odontológico, como alguns antipsicóticos que causam alterações nas glândulas salivares, provocando mudanças no fluxo salivar ou na composição da saliva, a sensação de boca seca, o que pode predispor a infecções oportunistas, especialmente as de natureza fúngica, como candidíases. Ademais, a higienização bucal inexistente ou precária, concomitantemente, pode agravar a xerostomia por ação medicamentosa, o que implica num quadro desfavorável com manifestações de cárie dentária e doenças periodontais. Não ocorrendo a reversibilidade do quadro desfavorável, ambas as doenças bucais coexistindo, podem levar a perdas dentárias (CAMPOS *et al.*,

2019; SANTOS; SOARES; DE MELO *et al.*, 2019; SPEZZIA, 2019; LABUTO *et al.*, 2020).

Tais manifestações valorizam a necessidade do acompanhamento desses usuários por profissionais de saúde bucal, o que, para a população de baixo nível socioeconômico, é proporcionado pelo acesso à ESF. Entretanto, pouco se sabe sobre o acesso desses pacientes à atenção em saúde bucal, pela Atenção Primária. Endossando essa afirmação, cita-se um estudo realizado por Barros *et al.* (2019), que teve o objetivo de analisar as produções científicas de políticas públicas de saúde bucal no Brasil, de 1980 a 2015, e obteve os seguintes achados: monitoramento de intervenções em saúde (17,8%), cobertura e utilização de serviços de saúde bucal (22,2%) e, por fim, acesso e utilização (15,6%), demonstrando a pouca produção acerca de acesso e utilização dos serviços de saúde bucal pela população em geral.

Ainda segundo Santos, Soares e De Melo (2020), no tocante aos pacientes internados por transtornos mentais, parecem existir fatores diretamente relacionados com a piora na condição oral: tipo de transtorno psíquico (esquizofrenia, epilepsia ou transtorno de humor), tempo de internação e a ingestão de medicamentos. Para esses autores, houve uma nítida associação entre o tempo de internação e piora na condição oral, tendo como prováveis causas a baixa valorização do paciente em relação à sua saúde oral, conforme relatado por alguns profissionais da equipe, bem como dos próprios profissionais perante a saúde oral dos pacientes em questão.

Entretanto, investigações científicas abordando a doença mental e as manifestações de doenças bucais de indivíduos, bem

como seu impacto na vida desses pacientes, são ainda muito raras no Brasil, como este aqui apresentado, denotando mais uma vez a importância de um trabalho dessa natureza.

A grande maioria dos pacientes disse já ter ido ao dentista pelo menos uma vez na vida, ter se consultado com este profissional nos últimos dois anos e já ter procurado a unidade de saúde próxima à sua residência, para tratamento odontológico; a maior parte procurou o serviço para tratamento de rotina, e uma minoria o fez por alguma emergência. Isso demonstra, claramente, que os pacientes buscam os serviços desse profissional, o que é um bom indicador, pois mostra que as pessoas, sejam os pacientes ou cuidadores, procuram o serviço de saúde bucal para acompanhamento.

Diversos autores enfatizam a ligação entre o transtorno mental e o autocuidado deficiente. Os transtornos mentais englobam repercussões, no âmbito odontológico, advindas da doença, como negligência da manutenção do autocuidado e higiene bucal, culminando em deterioração da conduta pessoal nos indivíduos doentes. Além disso, esses pacientes recusam as intervenções odontológicas e/ou médicas, em decorrência da sintomatologia da doença, com episódios de ansiedade, confusão e depressão; isso tudo culmina em manifestações orais que podem dificultar, de maneira geral, o tratamento do paciente (LABUTO *et al.*, 2019; SANTOS; SOARES; DE MELO, 2020; SPEZZIA, 2020).

Essas pesquisas apontam demandas que, se por um lado são alarmantes em número, por outro são passíveis de solução na Atenção Primária, podendo esta exercer sua atribuição de resolutiva e coordenadora do cuidado, com orientações à família e ao

paciente, higiene bucal supervisionada, além de procedimentos ou exodontias mais simples, somente referenciando quando houver a necessidade real para outras instâncias do serviço.

É muito importante perceber a disponibilidade de profissionais da ESF, pois denota-se que estes estarão cumprindo com o seu papel enquanto profissionais responsáveis pelos cuidados primários em saúde da população de sua área de abrangência, demonstrando o grau de comprometimento dessas equipes, numa relação de vínculo e responsabilização, contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde bucal.

Vale lembrar que o Caderno 17, “Saúde Bucal”, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2008a), explicita essa orientação quando diz que “Os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da atenção primária (porta de entrada), a todos os pacientes com necessidades especiais”, incluindo os com transtornos mentais. Além disso, o MS também preconiza a importância de atividades educativas e preventivas objetivando a proteção da saúde, que devem ser realizadas em nível coletivo, tanto nos territórios como nas unidades de saúde. As dificuldades ao atendimento desses pacientes, ainda segundo o Ministério da Saúde, agregam vários fatores, como a captação, acolhimento à morbidade associada ao quadro psíquico, a aceitação do paciente, a interação medicamentosa empregada, a realização do plano de tratamento e a continuidade do mesmo (BRASIL, 2008a).

É necessário sensibilizar os profissionais de saúde para a relevância da saúde bucal no bem-estar dos pacientes, haja vista que ainda persiste a falta de treinamento multiprofissional em relação às condições bucais dos indivíduos com transtornos mentais, o

que contribui para a dificuldade no acesso ao atendimento odontológico desses pacientes (SANTOS; SOARES; DE MELO, 2020).

Mais da metade dos pacientes entrevistados disse nunca ter recebido nenhum serviço na unidade básica de saúde próxima e 80% destes disseram nunca ter tido nenhuma dúvida de saúde bucal ou geral esclarecida pela equipe de saúde bucal dessas unidades. Por outro lado, quando esses pacientes têm acesso ao serviço, a maioria fica satisfeita com o tratamento realizado na unidade, demonstrando que profissionais que atendem os pacientes com esquizofrenia conseguem realizar um bom trabalho, dar resolutividade ao serviço e, conseqüentemente, conquistam o reconhecimento desses pacientes, como evidenciado pela boa avaliação feita por eles e seus familiares/cuidadores

Santos, Soares e De Melo (2020) afirmam a importância da integração e articulação dos profissionais, a fim de garantir não só a saúde bucal, como também a saúde mental e resgate da cidadania através da troca de experiências. Entretanto, esses autores comprovaram prevalência da falta de treinamento dos profissionais acerca dos cuidados sobre a saúde bucal, em uma pesquisa realizada em uma instituição psiquiátrica. Os autores ressaltam, ainda, que não há interesse dos profissionais para se capacitarem ou para buscarem conhecimentos sobre o tema, tampouco há um incentivo para que os profissionais participem de cursos na área da saúde mental, acarretando uma preparação precária para lidar com essas pessoas.

Outra questão que merece destaque, neste ponto da pesquisa, é que quase metade dos pacientes nunca teve nenhuma informação sobre o atendimento odontológico na unidade de saúde

dada pela(o) agente comunitário de saúde (ACS); 34% nem mesmo conhece este profissional.

A Política Nacional de Atenção (PNAB) traz as atribuições do ACS, de modo que o papel desse profissional está bem definido como a ligação entre a comunidade e a unidade, realizando uma constante atualização dos dados e das situações relevantes para o estado de saúde dos usuários de cada área adscrita (BRASIL, 2017). Se o ACS é, em tese, o elo entre a população e os outros componentes da equipe; se este deve atuar no planejamento e execução das ações de saúde; se tal profissional deve agir na busca ativa de usuários de maior risco e vulnerabilidade, levando uma correta informação a esses usuários, e trazendo tais informações para a unidade de saúde, percebe-se, no discurso dos usuários, uma grande deficiência nessa “cadeia” de serviços determinante para a existência das APS.

Destaca-se, aqui, a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2010), que direciona os membros das equipes de Saúde da Família para uma atuação que busque incentivar a autonomia dos sujeitos implicados no processo saúde-doença, fazendo-os compreender a importância dos determinantes sociais de saúde. Logo, o ACS deve, dentro de sua atuação direta nos territórios, promover saúde, fortalecer e ampliar a capacidade de autocuidado desses sujeitos, principalmente os menos favorecidos, sendo fornecedor de informações precisas e relevantes, exercitando dentro de seu poder de atuação a equidade em saúde. São necessárias, portanto, investigações que identifiquem, nas potencialidades do ACS, o que esse profissional pode oferecer, no cuidado especial ao indivíduo com transtorno mental.

Outro ponto destacado pelos pacientes foi a questão do deslocamento para buscar atendimento na Atenção Secundária ou outros locais, quando não conseguiram na APS. Essa questão foi declarada como um incômodo, principalmente pelos cuidadores, pois, segundo eles, existe uma grande dificuldade em utilizar transportes públicos com o seu familiar-paciente, lembrando que a maioria é de baixa renda.

O MS traz a recomendação explícita de que “Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento” devem ser encaminhados ao atendimento especializado, instituindo o encaminhamento para a Atenção Secundária (CEO), de forma a garantir a integralidade da atenção em saúde bucal às pessoas com alguma deficiência, incluindo as pessoas com transtorno mental. Os casos que extrapolam a capacidade de resolução da APS serão referenciados para o CEO, atendendo a critérios bem determinados pelo MS. Entretanto, o MS afirma que “A grande maioria destes usuários constitui uma clientela com necessidade de atendimento perfeitamente solucionável no âmbito da APS, nas Unidades Básicas de Saúde, desde que os locais estejam adaptados e as equipes capacitadas” (BRASIL, 2006).

Além de seguirem a orientação da política nacional de que a avaliação criteriosa deve anteceder os encaminhamentos de pacientes com transtorno mental, os profissionais também devem agir com sentimento de solidariedade para com esses pacientes e seus cuidadores. O profissional da ESF deve ter em mente que, pelas características da doença, é dispendioso, difícil e sofrido para esses usuários e seus familiares buscarem atendimento odontológico em outras instâncias.

Mais uma vez trazemos o estudo de Labuto *et al.* (2020), posto que este também avaliou as condições de atendimento e a resolutividade do atendimento odontológico, na Estratégia Saúde da Família, relativas à saúde mental. Os autores afirmam não terem identificado as competências e habilidades específicas, na formação do cirurgião-dentista, para o atendimento de pacientes acometidos de problemas mentais, tendo a maioria dos profissionais lançado mão do encaminhamento aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A integralidade da atenção e a coordenação do cuidado devem sempre direcionar o trabalho do profissional da Atenção Primária, que deverá realizar o encaminhamento somente após avaliação criteriosa. Para tanto, é imprescindível um suporte do CEO, que ofereça aos pacientes a resolutividade de suas demandas, quando estas extrapolam a capacidade da ESF.

Finalmente, os pacientes e/ou cuidadores atribuíram, em média, nota 5,0, quando indagados sobre a resolutividade e a atenção dispensada pelas equipes de saúde bucal, na ESF. Percebe-se, aqui, uma insatisfação geral no tocante à resolução das necessidades dessa população, no âmbito da saúde bucal, e denota a necessidade premente de um repensar das práticas em saúde bucal, uma vez que o serviço deve ser satisfatório para os que dele se utilizam.

É imperativo, portanto, que o cirurgião-dentista, fazendo parte de uma equipe multiprofissional, com a proposta elementar de levar saúde às famílias, conheça o perfil epidemiológico de sua população e identifique os pacientes mais vulneráveis. Somente dessa forma, com uma abordagem menos segregadora e mais hu-

manizada, será possível ampliar a qualidade de atendimento às pessoas com transtorno mental, em especial as que sofrem com esquizofrenia.

A equidade, no âmbito do SUS, tem sido uma busca perene para trabalhadores e gestores, e para indivíduos mais desfavorecidos, em busca do direito constitucional à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre tantos desafios no serviço público, defender o direito à saúde, de populações desfavorecidas e marginalizadas, é abraçar a causa da solidariedade e da justiça social, fazendo desta uma bandeira de luta constante. Este estudo, não pretendendo ser um fim em si mesmo, mas uma provocação para a reflexão e melhoria dos serviços de saúde bucal, demonstrou que é necessária uma reavaliação das práticas de saúde bucal vigentes, no que tange ao atendimento de indivíduos com transtornos mentais, em especial ao paciente com esquizofrenia.

Destaca-se, porém, que apesar do ineditismo e da relevância deste trabalho, duas lacunas importantes são observadas: a pesquisa reflete o pensamento de pacientes, essencialmente, da rede pública, visto que a amostra estudada foi escolhida por conveniência e não reflete o pensamento de pessoas da rede privada e/ou de maior poder aquisitivo; além disso, o tamanho da amostra pesquisada, dada a impossibilidade de acesso a números reais da população de Fortaleza acometida de problemas relacionados à esquizofrenia.

Atualmente, quando a existência do próprio SUS está sob forte ameaça, é mister que cada trabalhador da ESF tenha como

compromisso pessoal a defesa por uma saúde pública de qualidade e equânime, sendo essa uma condição imprescindível para a justiça social plena.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALTASAR, C. G. A.; PEREIRA, N. P. C.; SOUZA, G. L. A. O impacto da exclusão social para os pacientes portadores de esquizofrenia. **Braz. J. Develop.**, v. 6, n. 12, p. 99162-172, 2020.

BARROS, S. G. *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação de políticas de saúde bucal no Brasil. **Saúde debate**, v. 43, p. 207-222, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 599/GM, de 23 de março de 2006**. Institui a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Caderno de Atenção Básica, n.º 17- Saúde Bucal, Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006**. Política Nacional de Promoção de Saúde. 3. ed. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde (CNS). Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe so-

bre normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Revisada pela Resolução 466/2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2011. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica-DAB-** e-Gestor AB. Brasília, dez. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acessado em: 11 abr. 2021.

FARIA, M. A. *et al.* A utilização do Método de Rorschach no diagnóstico diferencial da Esquizofrenia e Transtorno Dissociativo de Identidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019.

FELIPE, T. V. S.; BIANCHI, M. T. G. L.; SOUZA, G. S. A importância da implantação do projeto de tabagismo nas unidades de saúde, do município de Rio Claro. **Braz. J. Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2555-256, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Fortaleza. 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza>. Acesso em: 11 abr. 2021.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

LABUTO, M. M.; ROCHA, F. P.; BARTOLE, M. C. S. A importância da formação acadêmica do cirurgião-dentista para a assistência aos pacientes psiquiátricos. **Cad. Odontologia do UNI-**

FESO, v. 2, n. 1, 2020.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, J. L. F.; FUREGATO, A. R. F. Prevalência e perfil de fumantes: comparações na população psiquiátrica e na população geral. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 27, 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-BRASIL. **Determinantes Sociais e Riscos para a saúde, Doenças crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental**. OPAS/OMS, 2020.

QUEIRÓS, T. *et al.* Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. **Acta Medica Portuguesa**, v. 32, 2019.

SANTOS, M. F. R.; SOARES, V. C.; DE MELO, B. L. O Enfermeiro e O Cuidado do Paciente Esquizofrênico. **Rev. Transformar**, v. 14, n. 1, p. 718-732, 2020.

TRINDADE, B. S. C.; DOS SANTOS, W. L.; DE OLIVEIRA, M. L. C. A esquizofrenia associada à dependência química. **Rev. JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 5, p. 56-70, 2019.

COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS AO FLUXO DE INFORMAÇÕES EM UMA REGIÃO DE SAÚDE

*Gláucia Porto de Freitas
Ana Patrícia Pereira Morais
Patrícia Freire de Vasconcelos
Francisca Gomes Montesuma*

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil configura-se como um evento importante estudado na Saúde Pública e um dos principais problemas em países pobres e vulneráveis. Sua ocorrência pode ter interferência de fatores biológicos, socioculturais e de falhas nos serviços de saúde (MENDES, 2012; SILVA *et al.*, 2012). Ressaltam-se como causas de mortalidade infantil as relacionadas ao acesso, à utilização e à qualidade das ações e serviços de saúde (FRANK *et al.*, 2016). A taxa de mortalidade infantil reflete sobre o planejamento, gestão e avaliação de políticas, serviços e ações da assistência ao pré-natal e parto e saúde da criança (BRASIL, 2009).

O Brasil conseguiu alcançar a redução da mortalidade infantil, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) do ano 2000, atingindo a taxa de 12,42 por mil nascidos vivos em 2015. No Ceará e na Região de Saúde cenário do presente trabalho, observou-se redução nos óbitos em menores de um ano, seguindo a mesma evolução de decréscimo que o Brasil e o Nordeste (BRASIL, 2019).

Dentre as estratégias desenvolvidas para a redução da mortalidade infantil, houve a criação, implementação e fortalecimento de comitê estadual e comitês regionais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal. Os comitês se caracterizam como um colegiado interinstitucional, com composição multiprofissional de caráter eminentemente educativo, com atuação técnico-científica, não punitiva, ética e sigilosa (CEARÁ, 2008).

São atributos gerais dos referidos comitês, sejam eles nacional, estadual, regional ou municipal: investigação, análise dos óbitos, proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências, qualificação da informação, divulgação/informação e mobilização/articulação (BRASIL, 2009). O trabalho dos comitês de prevenção do óbito infantil pode ter impacto direto na redução dos óbitos evitáveis (MANSANO *et al.*, 2004). As principais dificuldades dos comitês regionais são a baixa adesão às recomendações do comitê e falta de um sistema de monitoramento do processo de implementação das recomendações (RUOFF, 2016).

Entretanto, apesar da existência de comitês de análise de óbitos com potencial para a prevenção da ocorrência da mortalidade infantil, é recorrente observar fragilidades relacionadas ao cumprimento das atribuições de seus membros e à assistência materno-infantil, culminando na ocorrência de mortes por causas evitáveis relacionadas ao pré-natal, parto e pós-parto. Em estados brasileiros das regiões Sul e Norte, mais da metade dos óbitos infantis ocorridos são por causas potencialmente evitáveis (BASSO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012).

Não há fluxograma formal estabelecido referente às etapas e processos relacionados à investigação, análise, prevenção dos

óbitos infantis e demais atividades que envolvem os comitês de prevenção da mortalidade infantil, há o seguimento de um roteiro elaborado por membros do próprio comitê (FREITAS, 2019). Existem vantagens relacionadas à adoção do fluxograma das atividades que possibilitam melhorar e tornar claro o fluxo de trabalho, tais como: elabora normas de execução; estabelece processos sequenciais; pode ser ferramenta de consulta para a compreensão de um processo, para fazer análises críticas e avaliar fragilidades (RODRIGUES *et al.*, 2019). Compreendendo essa realidade, surgiu o seguinte questionamento: qual fluxograma de informações geradas pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil (CRPMI) é necessário para a efetividade na prevenção de óbitos infantis?

Considerando ser a mortalidade infantil um problema de saúde pública e que a maioria dos óbitos na infância são por causas evitáveis, justifica-se este estudo na perspectiva de compreender gestores e trabalhadores quanto ao fluxograma de informações necessárias ao comitê de prevenção da mortalidade infantil e elaborar proposta de fluxograma para maior efetividade do colegiado na prevenção deste desfecho negativo de saúde.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo propor fluxograma de informações e atividades de um CRPMI, sob a ótica de profissionais e gestores municipais, para proporcionar o fortalecimento das ações de prevenção da mortalidade infantil no âmbito da Atenção Primária à Saúde, bem como contribuir para a efetividade das ações desenvolvidas nos comitês de prevenção da mortalidade infantil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, realizado em uma Região de Saúde, no ano de 2019. A Região de Saúde em que foi realizada a pesquisa tem 109.684 habitantes, de acordo com estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, e apresentou, em 2019, ano desta pesquisa, 1.553 nascidos vivos e dez óbitos infantis (IBGE, 2020; BRASIL, 2019). No território de abrangência do estudo há um CRPMI, que tem registrado o início de suas atividades no mês de junho de 2001 (CEARÁ, 2001).

Realizou-se a pesquisa com 67 participantes, distribuídos em nove gestores (secretários de saúde, coordenadores de APS e de vigilância epidemiológica), 23 profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) e 35 agentes comunitários de saúde (ACS). Entretanto, embora não tenha havido nenhuma recusa ao convite em participar, os critérios de exclusão reduziram a amostra de 84 participantes prevista para este trabalho.

O convite para a participação na pesquisa foi enviado aos profissionais da APS e gestores dos municípios que compõem a Região de Saúde estudada. Com o apoio das secretarias municipais de saúde foram repassados convites, cronogramas e os agendamentos dos encontros para a aplicação de grupo focal por categoria. Ao final, compôs-se a amostra com a representação de quatro equipes da APS de cada município, para dar viabilidade e exequibilidade à pesquisa por meio da coleta de dados elegida. A estratégia de grupo focal com mais de 12 pessoas pode fragilizar os objetivos das discussões, tornando-as menos naturais e coesas (MALHOTRA, 2006). O cronograma dos encontros garantiu aos

serviços o não comprometimento das agendas já programadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuavam os participantes.

Destaca-se como critério de inclusão dos participantes a condição de serem profissionais que acompanham as consultas cadastradas no SISPRENATALweb (médicos e enfermeiros), e metade dos respectivos ACS lotados na equipe. Todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em versão específica para cada grupo de participantes, de modo a adotar linguagem adequada.

Foram incluídos os gestores que ocupavam os cargos de secretário municipal de saúde, coordenador de APS e coordenador de vigilância epidemiológica que tinham atuação no território em estudo de no mínimo 12 meses. Foram excluídos da pesquisa gestores e profissionais de saúde que, no período da realização das entrevistas, estavam afastados de suas atividades laborais, de férias, licença ou atestado.

As estratégias adotadas para a coleta dos dados da pesquisa foram observação com registro em diário de campo, entrevista semiestruturada e grupo focal. As três técnicas de coleta foram escolhidas para tornar o estudo exequível e o alcance do objetivo.

No primeiro momento, houve o período de imersão, que consistiu em visitas aos municípios, durante o mês de maio de 2019, com a inserção de uma das pesquisadora na rotina de trabalho dos profissionais pertencentes à amostra, com o objetivo de realizar a observação. Nesta etapa, houve a busca da aproximação da realidade a ser estudada e dos diferentes sujeitos *in loco*, conhecimento das condições de estrutura física, observação das relações de trabalho e de comunicação entre gestores municipais e destes

com os profissionais de saúde. As informações identificadas nesse período foram registradas em diário de campo de maneira curativa, seguindo a ordem cronológica das observações e utilizando palavras-chave para servir de subsídio na análise dos resultados encontrados.

No segundo momento da pesquisa, com o objetivo de contar com apoio técnico na logística e com o intuito de mobilizar os participantes e garantir o registro das informações, a pesquisadora fez treinamento prévio com duas profissionais apoiadoras, delimitando as suas atribuições no momento dos encontros de grupo focal e orientando quanto à aplicação dos instrumentos, caso fosse necessário esse tipo de auxílio durante a coleta.

Além disso, para o melhor desempenho dessa etapa da pesquisa, foram realizados testes-piloto de aplicação das entrevistas semiestruturadas e roteiro de perguntas dos grupos focais com convidados gestores, profissionais de saúde e ACS atuantes em outra região de saúde e que não seriam componentes da amostra do estudo, com a finalidade de aprimoramento dos instrumentos de coleta. Após o teste, a pesquisadora estabeleceu roteiro norteador para a condução do grupo focal e da entrevista semiestruturada.

Os gestores participantes da pesquisa se submeteram à entrevista semiestruturada, de modo individual, em sala reservada, em que o entrevistador e o entrevistado interagiram e os participantes manifestaram suas perspectivas. A entrevista proporciona que o participante fique mais à vontade em se expressar e permite que sejam lançadas perguntas elaboradas no momento, de acordo com a situação ou fenômeno observado (MINAYO, 2008).

Os encontros de grupo focal ocorreram em momentos di-

ferenciados para os profissionais de nível superior e para os ACS, com o objetivo de alcançar, dentro de um mesmo grupo, a homogeneidade conceitual. Realizaram-se os encontros nos municípios de atuação dos participantes, objetivando melhor ambiência e mais conforto em aderirem à participação. A técnica de grupo focal foi conduzida seguindo roteiro norteador e facilitada por profissional treinada. A estratégia escolhida para a coleta de dados com os grupos de profissionais de saúde permitiu abranger maior número de participantes discutindo uma temática foco, também dando mais celeridade à coleta. A técnica de grupo focal é uma alternativa empregada para perceber o conhecimento de grupos nos quais se pretende intervir (RAMIREZ; SHEPPERD, 1998). É uma técnica de execução rápida e de baixo custo. Sua nomenclatura se refere ao fato de haver discussões focadas em itens específicos e direcionados (CARLINI-COTRIM, 1996).

Para o sucesso da técnica de grupo focal, o pesquisador deve promover ambiente não constrangedor e permissivo para que os participantes expressem suas percepções imbuídas de suas peculiaridades sobre a temática em estudo (WESTPHAL, 1996). Dessa forma, na presente pesquisa, a pesquisadora e os apoiadores organizaram nos encontros desde um ambiente confortável, recursos materiais e equipamentos à acolhida para o desenvolvimento dos grupos.

Tanto para os gestores quanto para os profissionais, seguindo os roteiros norteadores para as entrevistas e grupo focal, respectivamente, foi solicitada uma proposta de fluxograma de informações do CRPMI que, sob suas óticas, considerassem ideal ou mais adequada sobre óbitos infantis. Houve a necessidade de, no

momento inicial da abordagem sobre as propostas, a facilitadora falar sobre um fluxo já existente em uma Região de Saúde, sem declarar a qual Região ele pertencia, para que houvesse mais tranquilidade dos participantes em tecerem comentários de críticas ao modelo e maior liberdade ao propor o fluxograma.

Foram disponibilizados pincéis e cartolinas aos participantes para ilustrar suas propostas de fluxogramas. Após a elaboração dos desenhos, os mesmos foram apresentados, a fim de haver a compreensão da ideia que estava proposta – falas que foram gravadas.

Realizaram-se, ao total, nove entrevistas e seis encontros com o grupo focal. As discussões se esgotaram e os objetivos foram alcançados em apenas uma entrevista para cada gestor e um encontro com grupo focal para cada grupo de profissionais.

Para o auxílio da transcrição de falas na íntegra, utilizou-se um aparelho gravador para o registro das discussões nos grupos focais com os profissionais e da entrevista dos gestores, fato que foi previamente autorizado pelos participantes. Nesse processo de coleta, as gravações decorrentes das entrevistas foram gradativamente arquivadas em equipamentos digitais de uso restrito da pesquisadora.

Na análise dos dados qualitativos, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo Temática para interpretar o fenômeno estudado. Essa abordagem permite interpretação profunda dos dados, favorecendo a compreensão do evento em estudo (MINAYO, 2008). Nesta pesquisa, a Análise de Conteúdo Temática foi capaz de responder aos objetivos do trabalho.

O tratamento dos dados se iniciou na fase da pré-análise,

com a organização dos dados coletados e leitura inicial do material impresso das transcrições na íntegra referentes às entrevistas com os gestores e às discussões em grupo focal com os profissionais de saúde, para dimensionar o conteúdo produzido. Em seguida, com o objetivo de cumprimento da segunda etapa ou exploração do material, foi realizada leitura minuciosa para o surgimento da categorização. Por fim, utilizou-se, no material impresso e desenhos, atribuição de código por cores, gerando núcleos de sentido na comunicação, que, por meio de similaridades, agruparam-se nas propostas de fluxogramas que emergiram.

Com a finalidade de compreensão dos resultados, esclarecemos que nas falas citadas neste estudo serão preservados, de modo ético, os nomes dos participantes. Para as falas dos ACS incluídas será adotada a junção da sigla ACS com números inteiros subscritos de modo crescente, a partir do número 1, e sequência de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UECE), por meio do parecer de número 3.292.136.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Traçamos como resultados deste trabalho os possíveis fluxogramas das informações sobre mortalidade infantil, tendo como referência prévia o roteiro de etapas que hoje está vigente na região e os fluxos propostos pelos gestores e pelos profissionais da APS. Por meio da pesquisa, pôde-se verificar as sugestões de fluxogramas dos gestores e profissionais da APS.

Compreende-se que, potencializando-se as atividades do Comitê da Região em estudo, em parceria com um cenário privilegiado como a APS, a efetividade e o impacto na redução de óbitos infantis podem ser mais amplos (FREITAS, 2019). Nesse sentido, os resultados de propostas de fluxogramas deste estudo, sob a perspectiva dos profissionais e gestores da APS, podem contribuir para a redução dos óbitos infantis.

A pesquisa revelou a predominância dos desenhos de proposta dos gestores, conforme se observa na Figura 1, identificando como etapa seguinte ao encaminhamento das recomendações aos órgãos competentes, a devolutiva para os profissionais da APS.

Índices de hospitalização de crianças por causas sensíveis à APS, com quadros de possíveis prevenções e taxas de mortalidade neonatal precoce são parte dos indicadores que se configuram como desafios para a redução da mortalidade infantil e se relacionam a fragilidades nos processos de planejamento e oferta de serviços de pré-natal na APS (SILVA *et al.*, 2012).

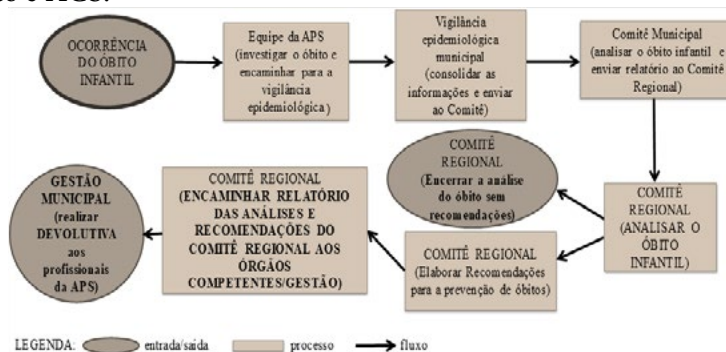
Pode haver impacto direto na redução da mortalidade infantil com o trabalho realizado pelos comitês de prevenção do óbito infantil (MANSANO *et al.*, 2004). São exemplos de fatos que dificultam a atuação dos comitês: ações não contempladas no planejamento; e ausência de coordenação, apoio e articulação de ações para reduzir a mortalidade infantil (VENÂNCIO; PAIVA, 2010). Os comitês regionais têm como principais dificuldades a baixa adesão às recomendações e a falta de um sistema de monitoramento do que está sendo implementado de acordo com o que foi sugerido nas recomendações dos comitês (RUOFF, 2016).

Na Região de Saúde em estudo, profissionais da APS afir-

maram nunca terem tido acesso às informações geradas pelo CRPMI, embora os gestores afirmem fazer o repasse das mesmas à APS. A constatação do truncamento do repasse das informações oriundas das análises do comitê indica a necessidade de reorganizar o fluxo que se sucede após o encaminhamento de relatórios e recomendações à gestão, especialmente os óbitos relacionados às fragilidades na APS, inserindo a participação efetiva do CRPMI (FREITAS, 2019).

Cientes da quebra do fluxo das informações geradas pelo CRPMI no momento em que chegam as recomendações na Secretaria Municipal de Saúde, parte dos gestores a atribuiu ao acúmulo de funções e falta de tempo, assumindo haver a necessidade de adoção de fluxo interno municipal, com reuniões e estudos de caso, envolvendo gestores e profissionais da APS para o conhecimento e tomada de decisão. O desenho a seguir ilustra as principais etapas propostas pelos gestores a partir da identificação do óbito (Figura 1):

Figura 1 – Representação de fluxograma de informações sobre óbito infantil, no CRPMI da Região de Saúde, proposta pelos gestores e ACS.

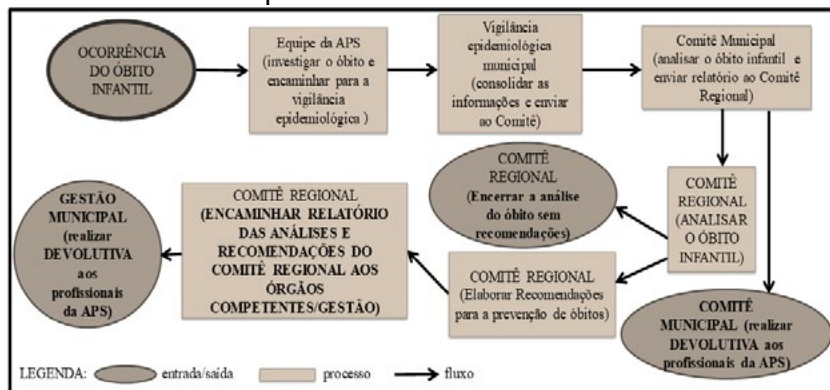


Fonte: Ilustração de proposta elaborada pelas pesquisadoras (2021).

O grupo composto pelos profissionais de saúde deu origem

a propostas de fluxogramas de informações que seguiram raciocínio similar nos encontros realizados com médicos e enfermeiros e com os ACS, com pequenas mudanças que podem ser observadas nas Figuras 1 e 2, respectivamente. Houve o predomínio da inclusão da etapa de devolutiva aos profissionais de saúde da APS, para ser disparada a partir da chegada das recomendações ao secretário municipal de saúde, mas se considerou importante distinguir as propostas de fluxogramas predominantes para os profissionais médicos e enfermeiros e para os ACS, devido ao fato de terem manifestado visões bem peculiares.

Figura 2 – Representação de fluxograma de informações sobre óbito infantil, no CRPMI da Região de Saúde, proposta pelos profissionais de nível superior da APS.



Fonte: Ilustração de proposta elaborada pelas pesquisadoras (2021).

O modelo que representa a proposta dos médicos e enfermeiros aponta a necessidade de acrescentar ao fluxograma apresentado a devolutiva das análises do comitê municipal aos profissionais da APS, sem que esta esteja condicionada às análises realizadas pelo comitê regional, para dar celeridade ao processo e

atuar em tempo hábil na correção de possíveis falhas.

Os profissionais de nível superior emitiram opiniões diferentes em relação à estratégia de abordagem em reuniões para dar as devolutivas, havendo os profissionais que defendem o fato do constrangimento em compartilhar a ocorrência de falha na conduta da equipe e os que argumentam ser a fragilidade de uma equipe base para a prevenção do erro antes da ocorrência.

O desenho de proposta que mais representa os produtos de fluxogramas elaborados pelos ACS coincide com a mesma sequência que predominou no grupo dos gestores (Figura 1), embora sob uma nova perspectiva do lugar de profissional da APS. Dois olhares chamaram atenção na proposta de continuação do fluxo, embora não tenha sido prevalente: um que elencou como importante, além da devolutiva aos profissionais da APS, ocorrer o acompanhamento do que foi implementado para a mudanças na realidade; e outro, que completou o fluxo com o repasse das informações à família. Podem-se ilustrar as duas situações nas falas:

Eu mudaria só implementar um processo de efetivação das estratégias, né? [...] porque não adianta a gente ter eficiência e eficácia no processo e não ter uma efetivação, um acompanhamento que foi implementado, se funcionou (ACS₁).

[...] aí essa mulher engravida de novo [...] aí não me passaram nada do que aconteceu do óbito da criança. Aí eu tô acompanhando de novo essa mulher, né? Aí eu fico assim, só encaminho pra consulta de pré-natal [...]. Eu acho que até o paciente ele deveria saber o porquê aconteceu, né? (ACS₂).

De fato, já era instigada a necessidade de avaliação da efe-

tividade do comitê desde o projeto da presente pesquisa, em que constavam os questionamentos frente à recorrência de óbitos infantis evitáveis. Os resultados e as percepções dos participantes ratificam a necessidade de implementar estratégia de monitoramento sistemática para verificar a adoção das recomendações elaboradas pelo CRPMI e os impactos no território.

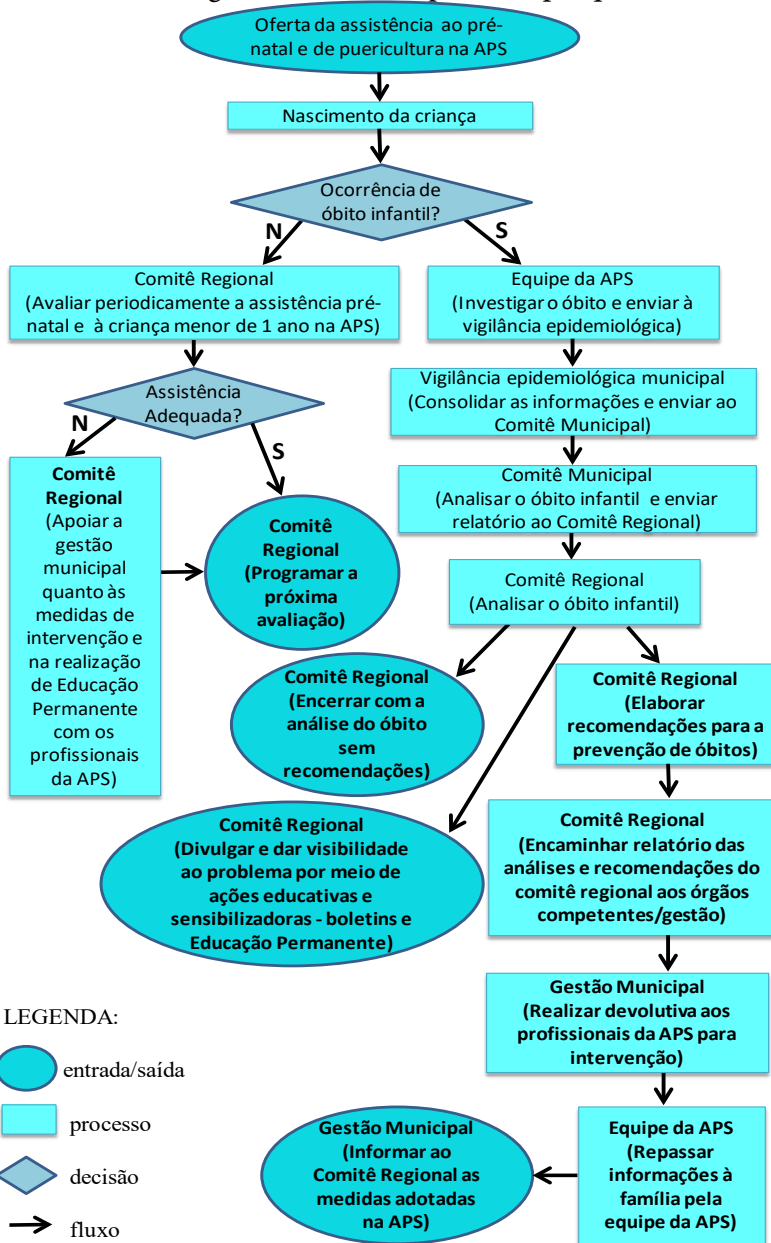
A portaria vigente de nomeação dos membros do CRPMI da Região em estudo, emitida pela Secretaria Estadual de Saúde, com numeração 2.897 de 2017, estabelece um vasto leque de finalidades e atribuições para os membros do colegiado (CEARÁ, 2007). Há fragilidades na atuação dos membros do comitê, como ausência de monitoramento do processo de investigação das vigilâncias municipais, acompanhamento periódico da incidência de óbitos nos municípios e avaliação dos indicadores de mortalidade, avaliação da qualidade da assistência à saúde no pré-natal, parto, pós-parto e às crianças menores de um ano (FREITAS, 2019).

É necessária uma nova perspectiva de atuação dos membros do CRPMI, ampliando a abrangência das atividades dos membros do comitê, não tendo como evento disparador de suas atividades unicamente o óbito. A constatação do truncamento do repasse das informações oriundas das análises do comitê para profissionais da APS indica a necessidade de reorganizar as etapas de processo que se sucedem ao encaminhamento de relatórios e recomendações aos órgãos competentes, especialmente os óbitos relacionados às fragilidades na APS, inserindo a participação mais efetiva do CRPMI (FREITAS, 2019).

Portanto, diante das propostas de fluxograma apresentadas, e considerando o contexto de atuação dos comitês municipais e regional, propomos neste estudo modelo de fluxograma, adequando-se às necessidades mais apontadas pelos gestores e profissionais da APS, visando à viabilidade para a eficiência da informação e a prevenção dos óbitos infantis por causas evitáveis na APS, como ilustrado na Figura 3.

Elencou-se como disparador para o fluxo relacionado à APS a assistência ao pré-natal e puerpério, colocando evidente a necessidade de atuação do CRPMI como um potencializador das medidas de prevenção ao óbito e não somente em evitar óbitos mediante recomendações resultantes de estudo de óbito ocorrido. O comitê assume a função de intervir em possíveis falhas ou fragilidades antes mesmo de acontecer a mortalidade. Ilustram-se, portanto, na proposta de fluxograma deste trabalho, os processos a serem disparados em caso de óbito infantil ou não.

Figura 3 – Representação de proposta de fluxograma de atuação do CRPMI na Região de Saúde da presente pesquisa.



Fonte: Ilustração de proposta elaborada pelas pesquisadoras (2021).

Há fragilidades referentes às ações na APS visando à redução da mortalidade infantil. Para essa redução, faz-se necessário aumentar o conhecimento dos profissionais da APS para que os mesmos se organizem de acordo com as necessidades, no intuito de reduzirem a mortalidade infantil (CARETI *et al.*, 2016).

Em caso de haver o óbito, após as etapas de análise do óbito pelo comitê regional e encaminhamento das recomendações e relatórios aos gestores dos órgãos competentes, fez-se uma adequação às propostas de fluxograma dos participantes e foi incluída, independentemente de ter sido o óbito causado por falhas nos processos de trabalho da APS, uma etapa de retorno das informações aos profissionais da APS.

Propomos que sejam incluídas, para o repasse das informações, todas as equipes da APS, como forma de promover o conhecimento; e, caso as causas dos óbitos tenham relação com a atuação das mesmas, os membros do comitê devem proporcionar subsídios para a tomada de decisão da gestão municipal e mudança da realidade na prevenção de novos óbitos infantis.

Pondera-se que, dentro do modelo representativo das propostas dos profissionais de saúde de nível superior (Figura 2), houve a sinalização da necessidade de retorno das informações da mortalidade infantil em tempo hábil para a mudança nas práticas e prevenção de novos óbitos com mais agilidade. Os referidos profissionais desenharam modelos com a inserção de uma etapa de retorno do fluxo de informações já a partir das análises dos comitês ou comissões municipais de prevenção da mortalidade infantil para agirem com mais rapidez.

Compreende-se que a sugestão acima tornaria o acesso às informações mais célere, mas salienta-se que o conteúdo das informações não seria tão completo e fundamentado quanto após

análise do CRPMI, por ter este comitê estudiosos da área e especialistas, como obstetra e pediatra, que qualificam melhor as informações para apoiar a gestão na tomada de decisão.

Nesse contexto, na Figura 3, de proposta deste estudo, não se incluiu a etapa de retorno direto das informações dos comitês municipais para a gestão ou APS. Entretanto, a valiosa contribuição emitida pelos profissionais de saúde acerca da necessidade de redução do tempo de retorno será utilizada para melhor organizar a periodicidade das análises pelo CRPMI e nas orientações aos gestores sobre repasse das informações.

De forma contínua à etapa de devolutiva aos profissionais da APS, embora não tenha aparecido como etapa predominante nas propostas ilustradas pelos profissionais e gestores, o fluxograma proposto deve alcançar a família, para melhor entendimento e compreensão do ocorrido, considerando que o cuidado deve ser centrado nos cidadãos e que os mesmos devem ser protagonistas e promotores de sua própria saúde.

As equipes de profissionais, com o conhecimento das informações, podem esclarecer as causas de um determinado óbito à família e trabalhar o empoderamento, ferramenta educativa utilizada para desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento para pacientes tomarem decisões e responsabilidades sobre sua saúde (FESTE; ANDERSON, 1995; WAGNER, 1998 *apud* TADDEO *et al.*, 2012). Essa estratégia, com a efetivação da continuidade do fluxo, pode proporcionar o fortalecimento da prevenção de novos óbitos infantis.

Como um importante passo para o monitoramento da implementação das ações de prevenção propostas pelo CRPMI, su-

gerimos, no desenho de fluxo do estudo, incluir mais uma etapa, em que os gestores deem uma devolutiva ao comitê sobre quais recomendações foram adotadas e as estratégias utilizadas em seu município perante o recebimento das propostas elaboradas pelo colegiado, na análise regional.

Outro fluxo de ação, em caso de óbito infantil, que se apontou na proposta de fluxograma do presente estudo, foi a divulgação de informações pelo comitê regional para dar visibilidade ao problema que contribuiu ou ocasionou o óbito, por meio de atividades educativas e ações de sensibilização aos gestores e profissionais de saúde, com a adoção de estratégias como boletins epidemiológicos e educação permanente.

Nas rotinas de trabalho dos gestores e profissionais de saúde ocorre o desempenho de atividades de prevenção da mortalidade infantil, independentemente do apoio técnico do comitê, o que se configura como grande potencialidade. Uma nova perspectiva de atuação pode ser visualizada para os membros do CRPMI, com a parceria desses atores na APS (FREITAS, 2019).

As ações de promoção da saúde são estratégias para a redução das vulnerabilidades e de riscos à saúde dos cidadãos e coletividades. A promoção da saúde no âmbito da APS é importante para a reestruturação do modelo de atenção à saúde (POTVI; JONES, 2011).

Mesmo em caso de não haver a ocorrência do óbito infantil, inclui-se atividade prevista aos membros do CRPMI na proposta de fluxograma do estudo: avaliação periódica da assistência pré-natal e à criança menor de 1 ano na APS. Essa ação proposta deve ser adotada de modo sistemático pelos membros do comitê,

independentemente do fato de em um determinado município, em um dado período, tenha ou não ocorrido óbito infantil. Em caso de a assistência não estar adequada, o comitê, de acordo com a proposta, prestará apoio à gestão para apontar as necessárias medidas de intervenção e na realização de educação permanente.

Por meio da avaliação da assistência materno-infantil, haveria subsídios para realizar o desenvolvimento de capacitações, treinamentos e aprendizados, no contexto do cenário de prática dos gestores e profissionais, fortalecendo a prática dos mesmos e utilizando dessas práticas como ferramentas potencializadoras do papel do comitê de contribuir com a redução da mortalidade infantil.

O estudo tem a perspectiva de apontar essa proposta de fluxograma, aumentando o elenco de atividades dos membros do CRPMI, envolvendo gestores e profissionais de saúde da APS e a comunidade, de modo a contribuir com maior impacto para evitar óbitos infantis. Entendemos que esta proposta de novo fluxo de atuação do comitê, na perspectiva da promoção e prevenção da mortalidade infantil, coerente com o conceito ampliado de saúde integral, deve ser incorporada às práticas do CRPMI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inquietante perceber que um colegiado fundamental para evitar óbitos infantis como o CRPMI tenha atividades disparadas somente pela ocorrência do óbito e que, mesmo as ações realizadas a partir desse evento, por vezes não alcançam o seu real objetivo.

Foram propostos, nesta pesquisa, fluxogramas, sob a ótica de gestores e profissionais da APS, ressignificando a atuação dos membros do CRPMI, articulando os parceiros para o fortalecimento das ações e impacto na redução da mortalidade infantil, com a essência de atividades preventivas e de promoção da saúde, abolindo a limitação de retificar uma falha existente que outrora resultou em um determinado óbito.

Este estudo se limita pela escassa literatura disponível que trata da temática relativa à atuação dos comitês de prevenção da mortalidade, o que dificulta ampliar as comparações dos resultados no território em que houve a pesquisa para outros contextos ou cenários distintos.

Sugere-se que o fluxograma proposto neste estudo, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção, subsidie os comitês de prevenção do óbito infantil em todas as instâncias, para o aprimoramento de suas práticas e maior impacto na redução da mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 269-276, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200003&script=sci_abstract. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf?exitBundle=1. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. 2019. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 mar. 2021.

CARETI, C. M *et al.* Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Rene**, v. 17, n. 1, p. 67-75, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2607>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n3/5075.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado. Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no âmbito da 7ª Região de Saúde. **Ata da 1ª Reunião do Comitê**. Livro de Atas. Fortaleza, 2001.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Portaria nº 148 de 15 de fevereiro de 2008. Constitui Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna no Âmbito da 7ª Microrregião de Saúde – Aracati com o disposto no Art. 3º do Decreto nº 28.774, de 21 de junho de 2017 e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, 2008.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Portaria nº 2897 de 16 de novembro de 2017. Dispõe sobre a estrutura e representação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no Âmbito da Coordenadoria Regional de Saúde de Aracati/Ceará e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, 2017.

FRANK, B. R. B. *et al.* Avaliação da implementação da rede mãe paranaense em três regionais de saúde do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 40, p. 163-174, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000200163&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019.

FREITAS, G. P. **Análise do fluxo de informações do comitê de prevenção da mortalidade infantil na atenção primária à saúde**. 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação - 1º de julho de 2020. 2020. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. Disponível em: <https://proflam.files.wordpress.com/2011/05/resumo-livro-malhotra.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.

MANSANO, N. H. *et al.* Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 329-332, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100051&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019.

MENDES, S. J. D. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. **BEPA, Bol. epidemiol. paul.**, São Paulo, v. 6, n. 69, set. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

POTVIN, L.; JONES, C. M. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. **Canadian J. Public Health**, v. 102, n. 4, p. 244-248, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51633617_Twenty-five_Years_After_the_Ottawa_Charter_The_Critical_Role_of_Health_Promotion_for_Public_Health. Acesso em: 18 jul. 2018.

RAMIREZ, A. G.; SHEPPERD, J. The use of focus group in health research. **Scandinavian J. Primary Health Care**, v. 1, p. 81-90, 1988.

RODRIGUES, R. P. *et al.* Fluxograma Descritivo do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe6/0103-1104-sdeb-43-spe06-0109.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

RUOFF, A. B. **Comitê de prevenção de óbito infantil e fetal: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos.** 2016. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/175912>. Acesso em: 18 jan. 2019.

SILVA, V. L. S. *et al.* Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 265-274, 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200009. Acesso em: 20 jul. 2018.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019.

VENÂNCIO, S. I.; PAIVA, R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 369-375, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300010. Acesso em: 16 ago. 2018.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15464/v120n6p472.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 ago. 2018.

QUALIDADE DE VIDA E APTIDÃO FÍSICA: CENÁRIO ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA CAPITAL NORDESTINA

*Meire Lucy Araujo Farias
Ingredy Eyllanne Monroe Carvalho
Deysianne Costa das Chagas
Joseanna Gomes Lima
Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Ilana Mírian Almeida Felipe da Silva*

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um grupo de doenças com multiplicidade de fatores de risco, etiologia não totalmente elucidada, que cursam durante muitos anos, de modo assintomático, capazes de gerar lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e até o óbito (MANSO et al., 2018). Dentre as DCNT, responsáveis por até 75% das mortes, destacam-se condições como as doenças cardiocirculatórias e metabólicas (PRATES, 2016).

Cabe mencionar que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são as patologias mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Essas alterações podem comprometer a Qualidade de Vida (QV) se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem dessas patologias (GOLBERT et al., 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos

quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, com foco nas dimensões Relações Sociais, Meio Ambiente, Físico e Psicológico (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016). A análise da QV dos usuários é uma importante medida de impacto em saúde e tem sido um indicador clínico relevante em termos de avaliação, tratamento, intervenções e de melhorias de saúde (PORTUGAL et al., 2016).

Observa-se que vários estudos realizados no Brasil avaliaram a QV de indivíduos em populações específicas, como idosos e gestantes; por outro lado, poucos estudos avaliaram a QV da população geral, com diferentes perfis de saúde, como os indivíduos atendidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017). Dessa forma, este estudo objetiva avaliar a QV e o nível de aptidão física em usuários atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF), em uma capital do Nordeste. Além de identificar possíveis fatores associados entre QV e nível de aptidão física.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-analítico com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado no período de abril de 2019 a fevereiro de 2020, com usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em um Distrito Sanitário (DS) de um bairro periférico da capital São Luís, estado do Maranhão. Os participantes foram recrutados por conveniência, na sala de espera da UBSF, e também durante visita domiciliar. A amostra foi composta por 200 usuários cadastrados que são acompanhados na UBSF acima referida.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou maior que 18 anos; de ambos os sexos; ser cadastrado e assistido pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF). Excluíram-se usuários portadores de doença mental ou neurológica. Os responsáveis pela aplicação dos instrumentos foram profissionais da área da Saúde devidamente treinados para tal fim. Para a coleta de dados, utilizaram-se instrumentos e um formulário com variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida; um instrumento de avaliação de qualidade de vida (World Health Organization Quality of life Instrument – WHOQOL-Bref); e um instrumento de avaliação da aptidão física (Internacional Physical Activity Questionnaire – Short form – IPAQ-versão curta).

O primeiro instrumento validado utilizado avaliou o nível de aptidão física, conhecido como IPAQ-versão curta, que permite classificar os indivíduos em suficientemente ativos, ativos e sedentários. O IPAQ permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer). Há também a possibilidade de estimar o tempo despendido em atividades mais passivas (realizadas na posição sentada) (ALGHAMDI, 2017).

O instrumento de avaliação da QV utilizado foi o WHOQOL-Bref, de fácil compreensão, autoaplicável e que produz um perfil detalhado da percepção da QV. O WHOQOL-Bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pelo grupo de QV da OMS e apresenta 26 questões, com duas questões sobre percepção global de QV e outras 24 questões para quatro domínios específicos: físico, psicológico, social e ambiental. Cada uma

das questões adicionais corresponde a uma faceta da QV, integrando as 24 facetas que emergiram do processo de definição do construto. São aspectos tais como “dor e desconforto”, “energia e fadiga” (domínio físico); “autoestima”, “imagem corporal e aparência” (domínio psicológico); “relações pessoais”, “suporte social” (domínio de relações sociais), “segurança física e proteção” e “ambiente no lar” (domínio ambiental) (FLECK *et al.*, 2000; PORTUGAL *et al.*, 2016).

Também foram coletadas medidas antropométricas (peso, altura) e níveis pressóricos. A massa corporal (kg) e a estatura (m) foram mensuradas pelo cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC – kg/m^2). A massa corporal foi obtida por meio de uma balança digital portátil (Marca Wiso, modelo W801) com variação de 0,1 kg e capacidade de até 180 kg. Os participantes foram pesados uma única vez, em posição anatômica, com roupas leves e sem sapatos. A estatura foi aferida por meio de um estadiômetro portátil (Marca WCS, modelo Compact) com variação de 0 a 220 cm, sendo registrado o valor no momento de apneia inspiratória da participante. Após as avaliações, o cálculo do IMC foi classificado de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde: eutrófico (18,5-24,9 kg/m^2), sobrepeso (25-29,9 kg/m^2) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$) (WHO, 2000).

Para aferir a pressão arterial (PA), utilizou-se o esfigmomanômetro manual, em que os participantes estavam corretamente posicionados, sentados com o braço apoiado em uma mesa, mais ou menos na mesma altura do coração, e a braçadeira adequada ao braço. Os entrevistados foram orientados a não tomar café, bebidas alcólicas ou fumar 30 minutos antes do procedimento,

assim como não cruzar as pernas e evitar falar durante a aferição (REIS; DOURADO; GUERRA, 2019).

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma, sob o Parecer n.º 3.240.714. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes, conforme exige a Resolução n.º 466/2012. Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft Excel® 2010, com dupla digitação para análise da consistência externa. Utilizou-se o Statistical Package for the Social Science (SPSS) – versão 20.0. A análise estatística descritiva foi avaliada por meio de frequência simples, média e desvio padrão. Aplicou-se análise estatística analítica por meio dos testes qui-quadrado, t-Student e Análise de Variância (ANOVA) com post hoc de Tukey para comparações múltiplas, considerando $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Foram entrevistados (n=200) usuários do SUS atendidos em uma UBS da Estratégia Saúde da Família. Na Tabela 1 estão demonstradas as características sociodemográficas, de estilo de vida e condições de saúde dos participantes deste estudo.

Tabela 1 – Características das variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida de usuários da Estratégia Saúde Família, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (n=200).

Variável	N	%	
Gênero	Masculino	64	32.0
	Feminino	136	68.0
Faixa etária	< 21	8	4.0
	21-30	34	17.0
	31-40	27	13.5
	41-50	47	23.5
	51-60	36	18.0
	61-70	30	15.0
	71-80	18	9.0
	46,96 ($\pm 16,34$)		
Grau de instrução	Analfabeto	5	2.5
	Ens. Fundamental Incompleto	76	38.0
	Ens. Fundamental Completo	15	7.5
	Ens. Médio Incompleto	17	8.5
	Ens. Médio Completo	57	28.5
	Ens. Superior Incompleto	16	8.0
	Ens. Superior Completo	14	7.0
Cor*	Branca	45	22.5
	Preta	38	19.0
	Parda	117	58.5
Religião	Nenhuma	8	4.0
	Católico	135	67.5
	Evangélica	50	25.0
	Outra	5	2.5
	Ignorado	2	1.0

Município	São Luís	68	34.0
	Penalva	8	4.0
	Monção	7	3.5
	Santa Luzia	7	3.5
	Itapecuru Mirim	5	2.5
	Outros municípios do MA	101	50.5
IMC**	Eutrófico	66	33.0
	Sobrepeso	82	41.0
	Obesidade	36	18.0
	Obesidade elevada	13	6.5
	Obesidade grave	3	1.5
Diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica	Sim	69	34.5
	Não	116	58.0
	Ignorado	15	7.5
Diagnóstico de diabetes mellitus	Sim	27	13.5
	Não	157	78.5
	Ignorado	16	8.0
Consumo de bebida alcoólica	Sim	74	37.0
	Não	126	63.0
Frequência de bebida alcoólica	Nunca	3	1.5
	Mensal	36	18.0
	2 a 4x/mês	21	10.5
	2 a 3x/semana	1	0.5
	Ignorado	139	69.5
Tabagista	Sim	5	2.5
	Não	195	97.5

	Solteiro	70	35.0
	Casado	77	38.5
Estado civil	Separado/divorciado	3	1.5
	Viúvo	18	9.0
	União estável	32	16.0
	Total	200	100.0

*Cor = autorreferida; ** Classificação do índice de massa corporal de acordo com a WHO (2000): Eutrófico: $<25 \text{ kg/m}^2$, Sobrepeso: Entre 25 e $29,9 \text{ kg/m}^2$ e Obesidade: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Quanto aos escores da QV relativos aos domínios do WHOQOL-*Bref*, a avaliação geral resultou em uma pontuação de 66,6 pontos, na qual destacou-se o domínio Psicológico, com sua maior pontuação, com média de 74,8, seguida do domínio Relações Sociais, com média de 70,2. O domínio Meio Ambiente foi o que obteve a menor pontuação, atingindo uma média de 60,6. Evidenciou-se a maior média de realização de atividade física moderada, com 5,59 (1,77) dias; pouca atividade vigorosa, com 1,52 ($\pm 1,13$) dias; e de caminhada, com 4,65 ($\pm 1,82$) dias (Tabela 2).

Tabela 2 – Escores obtidos no instrumento WHOQOL-Bref e das características da aptidão física, por meio do IPAQ de usuários da Estratégia Saúde da Família, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (n=200).

	Variável numérica	N	MÍN.	MÁX	Média	DP	
Atividades*	Nº dias que realiza atividade vigorosa	200	0	7	1.52	1.13	
	Tempo para realizar atividade vigorosa	200	0	240	11.53	37.22	
	Nº dias que realiza atividade moderada	200	0	7	5.59	1.77	
	Tempo para realizar atividade moderada	200	0	300	14.51	40.47	
	Nº dias de caminhada	199	0	7	4.65	1.82	
	Tempo de caminhada	200	0	60	4.86	13.18	
	Tempo sentado/dia	200	2	480	36.73	90.55	
	Tempo sentado/semana	200	2	420	38.26	91.73	
	Domínios de Qualidade de Vida**	Físico	200	31.4	94.2	65.0	12.2
		Psicológico	200	50.0	96.6	74.8	8.0
Relações Sociais		200	33.4	100.0	70.2	12.6	
Meio Ambiente		200	35.0	87.6	60.6	9.8	
Total		200	47.6	89.2	66.6	8.4	

* *International Physical Activity Questionnaire - Short form (IPAQ).*

** *World Health Organization Quality of life Instrument - Bref (WHOQOL-Bref).*

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Na média geral da Qualidade de Vida, pode-se afirmar que os sujeitos pesquisados apresentaram uma QV Boa. No entanto, evidenciou-se que menos da metade dos entrevistados (n=98; 49,0%) apresentaram uma percepção positiva quanto à satisfação com a saúde autorreferida (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise descritiva do escore do WHOQOL-*Bref* segundo o domínio avaliado em usuários atendidos em uma unidade básica de saúde (UBS) de um bairro periférico em São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (n=200).

WHOQOL - <i>Bref</i>		n	%
Avaliar a Qualidade de Vida	Ruim	3	1.5
	Nem ruim nem boa	85	42.5
	Boa	107	53.5
Satisfação com a saúde	Muito boa	5	2.5
	Insatisfeito	75	37.5
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22	11.0
	Satisfeito	98	49.0
	Muito satisfeito	5	2.5
Total		200	100.0

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Identificaram-se menores níveis percebidos de QV em usuários do gênero feminino, com a “faixa etária” entre 41 a 60 anos, analfabetos e com ensino fundamental incompleto, de cores preta e parda, sem cônjuges e viúvos, e que possuíam comorbidades como HAS e DM (Tabela 4).

Tabela 4 – Associações entre os escores dos domínios avaliados pelo WHOQOL-*Bref* e as variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida em usuários da Estratégia Saúde da Família, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (n=200).

Variável independente	Qualidade de vida								x ^{2***}	p	
	Ruim		Regular		Boa		Muito boa				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Gênero	Masculino	2	3.1	22	34.4	39	60.9	1	1.6	4.42	0.219
	Feminino	1	0.7	63	46.3	68	50.0	4	2.9		

	< 21	0	0.0	2	25.0	6	75.0	0	0.0	18.79	0.405
	21-30	0	0.0	12	35.3	22	64.7	0	0.0		
	31-40	0	0.0	11	40.7	14	51.9	2	7.4		
Faixa etária	41-50	1	2.1	23	48.9	23	48.9	0	0.0		
	51-60	0	0.0	20	55.6	14	38.9	2	5.6		
	61-70	1	3.3	9	30.0	19	63.3	1	3.3		
	71-80	1	5.6	8	44.4	9	50.0	0	0.0		
	Branca	0	0.0	11	24.4	33	73.3	1	2.2	15.84	0.015
Cor	Preta	1	2.6	16	42.1	18	47.4	3	7.9		
	Parda	2	1.7	58	49.6	56	47.9	1	0.9		
	Analfabeto	0	0.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0	19.91	0.338
	Ens. Fundamental Incompleto	2	2.6	38	50.0	34	44.7	2	2.6		
	Ens. Fundamental Completo	1	6.7	1	6.7	12	80.0	1	6.7		
Grau de instrução	Ens. Médio Incompleto	0	0.0	8	47.1	9	52.9	0	0.0		
	Ens. Médio Completo	0	0.0	23	40.4	34	59.6	0	0.0		
	Ens. Superior Incompleto	0	0.0	6	37.5	9	56.3	1	6.3		
	Ens. Superior Completo	0	0.0	6	42.9	7	50.0	1	7.1		
	Solteiro	0	0.0	33	47.1	35	50.0	2	2.9	6.65	0.880
	Casado	2	2.6	29	37.7	44	57.1	2	2.6		
Estado civil	Separado/ divorciado	0	0.0	1	33.3	2	66.7	0	0.0		
	Viúvo	1	5.6	9	50.0	8	44.4	0	0.0		
	União estável	0	0.0	13	40.6	18	56.3	1	3.1		
Diagnóstico de HAS*	Sim	1	1.4	41	59.4	25	36.2	2	2.9	12.64	0.005
	Não	1	0.9	39	33.6	73	62.9	3	2.6		
Diagnóstico de DM**	Sim	1	3.7	15	55.6	11	40.7	0	0.0	5.35	0.148
	Não	1	0.6	62	39.5	89	56.7	5	3.2		

Consome bebida alcoólica	Sim	2	2.7	32	43.2	40	54.1	0	0.0	4.09	0.252
	Não	1	0.8	53	42.1	67	53.2	5	4.0		
É tabagista	Sim	0	0.0	4	80.0	1	20.0	0	0.0	2.98	0.395
	Não	3	1.5	81	41.5	106	54.4	5	2.6		

*HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica. **DM = Diabetes *mellitus*. ***X² = Teste qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Observou-se que os usuários portadores de obesidade grave possuem uma QV baixa relativa ao Domínio Físico, que diferiu ($p < 0,05$) da QV boa quanto ao Domínio Físico dos entrevistados eutróficos (Tabela 5).

Tabela 5 – Escores das médias dos domínios avaliados do WHO-QOL-*Bref* em relação à classificação do IMC dos usuários da Estratégia Saúde da Família, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019 (n=200).

IMC	N	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio ambiente	Total
Eutrófico	66	66.8 ^a	75.5	71.6	61.5	67.8
Sobrepeso	82	63.7 ^{ab}	74.5	69.4	60.1	65.9
Obesidade	36	64.9 ^{ab}	74.6	69.1	60.6	66.4
Obesidade elevada	13	64.8 ^{ab}	73.6	70.3	60.8	66.3
Obesidade grave	3	57.1 ^b	72.2	73.3	56.7	62.8

^{a,b} Letras diferentes significam $p < 0,05$ pelo Teste de Tukey.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

DISCUSSÃO

As características da amostra desta pesquisa, como o predomínio de mulheres e a baixa escolaridade, assemelham-se às aquelas observadas em outros estudos realizados com usuários do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Evidencia-se a maior prevalência do gênero feminino em usuários atendidos na APS (ARAÚJO JUNIOR *et al.*, 2019). Em relação à “cor da pele” autorreferida, a cor branca apresentou melhor QV, 73,3%, enquanto a cor preta apresentou a menor média, 47,4%. Entretanto, um estudo transversal realizado com 626 mulheres no climatério, na faixa etária entre 45 e 54 anos, residentes na cidade de Baltimore, Estados Unidos da América (EUA), não identificou associação entre raças e níveis de QV (LIMA *et al.*, 2018).

A OMS refere que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no autocuidado. Para os idosos, a composição familiar pode ser um fator decisivo para a falta de estímulo ao autocuidado e ao asilamento (MALACHIAS *et al.*, 2016). Em relação ao grau de instrução, a maioria dos usuários entrevistados possuíam o ensino fundamental incompleto. Dados semelhantes foram evidenciados em um estudo realizado com uma população portadora de DM no estado de Pernambuco, que encontrou 13,1% de analfabetos e a maioria tinha apenas o ensino fundamental incompleto (PORTUGAL *et al.*, 2016).

A baixa escolaridade foi outro resultado significativo e, para elucidar tal fato, um estudo nacional trouxe que a capacidade global das pessoas reagirem e responderem a desafios cotidianos está relacionada ao nível da escolaridade. Nesse sentido, o nível de escolaridade torna-se um importante componente na caracte-

rização social do indivíduo, podendo também estar relacionada à melhoria ou piora da QV das pessoas (MORAES *et al.*, 2017).

Observou-se, quanto ao IMC, que grande parte da amostra se apresentou com sobrepeso, sendo que 41,0% dos usuários foram classificados com sobrepeso e 18,0% foram classificados como obesos. Esses resultados corroboram um estudo nacional que observou que 46,2% dos idosos de sua amostra foram classificados com sobrepeso (AZEVEDO FILHO *et al.*, 2018). O resultado desta pesquisa, quanto ao IMC, pode ser comparado com o obtido por meio de um estudo norte-americano, em que profissionais com sobrepeso e obesidade abdominal, com valor de circunferência de cintura maior ou igual a 102 cm, apresentaram menor média de QV em comparação aos profissionais com peso e circunferência nos padrões de normalidade (BARRETO *et al.*, 2020).

Neste estudo, constatou-se que a DCNT de maior prevalência foi a HAS, com 34,5%, seguida pelo DM tipo 2, com 13,5%, um perfil semelhante à distribuição exposta na literatura, em pesquisas com grupos semelhantes (BUENO *et al.*, 2016). Segundo o MS, estas representam dois dos principais fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV), que constituem a principal causa de morbimortalidade da população brasileira. A prevalência de HAS verificada entre os usuários participantes deste estudo foi compatível com o observado na população adulta brasileira (MORAES; CORRÊA; COELHO, 2018). Os agravos DM e HAS são decisivos para a elevada prevalência das DCV, somando-se a esses fatores condições psicossociais, como baixa condição socioeconômica, falta de apoio social, depressão, ansiedade, estresse no

trabalho e na vida familiar e fatores socioculturais, como o consumo excessivo de alimentos hiperssódicos pela população, inatividade física e dislipidemia, e esses fatores associados contribuem para uma pior percepção da QV em indivíduos atendidos na APS, segundo estudo nacional (MORESCHI *et al.*, 2018).

As mudanças no estilo de vida, a conscientização de uma alimentação saudável e o combate ao sedentarismo têm sido apontados como fatores importantes na prevenção e controle dessas DCNT (MANSO *et al.*, 2018). Uma pesquisa realizada na APS, em Caxias-MA, demonstrou que 55% dos hipertensos entrevistados desconheciam a HAS e 37,5% apresentaram episódios de internações hospitalares decorrentes do descontrole pressórico (MILECH; OLIVEIRA; VENCIO, 2016). Isso demonstra a importância de uma assistência sistematizada, resolutiva e individualizada que visa desenvolver nos usuários o aumento do saber sobre a doença e a prevenção de complicações e sequelas. Investigações clínicas e epidemiológicas tornaram possível a identificação de diversos fatores de risco determinantes da situação de saúde do indivíduo, e, especificamente, de adoecimento por agravos que os deixa mais propensos a apresentarem a Síndrome Metabólica (SM), caracterizada por um transtorno no metabolismo, constituída por um conjunto de fatores de risco cardiovascular (RCV) relacionado à deposição central de gordura e à resistência à insulina (MILECH; OLIVEIRA; VENCIO, 2016).

Quanto à análise do impacto da aptidão física, evidenciou-se um achado interessante, em que a maior média encontrada foi a atividade moderada, com 5,59 dias, e a menor média foi a atividade vigorosa durante a semana. Os valores aqui relatados reforçam a premissa de que realizar trabalhos de natureza pouco ativa pode estar associado à inatividade física, tanto por implicar em baixo consumo energético (atividade pouco acima do gasto energético de repouso) quanto por propiciar uma atitude pouco ativa em grande parte do dia.

Os achados desta pesquisa convergem com um estudo nacional sobre a contribuição da atividade física para a qualidade de vida dos idosos, visto que com o aumento da idade há um decréscimo considerável para a prática de exercícios físicos (CAMBOIM *et al.*, 2017). Segundo este estudo, fazem-se necessárias ações educativas que estimulem mais os idosos para a prática de exercícios físicos, bem como fomentem o desejo dos não participantes, mostrando o quanto o sedentarismo é prejudicial para a qualidade de vida. Assim, sinaliza-se para a importância de políticas públicas que motivem a prática regular de exercícios, principalmente nos grupos mais prejudicados em razão do sedentarismo (MORAES; CORRÊA; COELHO, 2018).

No entanto, nota-se que, em relação à caminhada, os usuários apresentaram 4,65 dias da semana, evidenciando também com relação ao tempo por dia que o entrevistado permanece sentado em um dia de semana (36,73 minutos) e em um dia no final de semana (38,26 minutos). É perceptível a importância da prática de exercício físico e também os fatores nela inseridos, tendo em vista que traz resultados positivos. Na medida em que a prática

de atividade física melhora o condicionamento físico e vários aspectos da saúde dos indivíduos, estes passam a referenciar melhor satisfação com a sua QV (AZEVEDO FILHO *et al.*, 2019).

Além do impacto sobre a saúde e qualidade de vida da população, a inatividade física é responsável por uma importante parcela do gasto público com ações e serviços de saúde. Em uma revisão que sintetizou evidências de 24 estudos a respeito do impacto da inatividade física sobre os custos dos sistemas de saúde de nove países, incluindo o Brasil, observou-se que baixos níveis de atividade física são responsáveis por 3,7 a 48% dos gastos em saúde. Os gastos com internações hospitalares por doenças relacionadas à inatividade física no Brasil representam um fator de preocupação para os órgãos de saúde pública (BUENO *et al.*, 2016).

No tocante aos hábitos e estilo de vida, os não fumantes apresentaram maior média de QV e, em concordância com um estudo nacional, observou-se que tabagistas apresentam menores índices de QV quando comparados a indivíduos não fumantes, sendo que quanto maior o grau de dependência do tabaco, maior o prejuízo na QV (RODRIGUES; SILVA; CABRAL, 2016). Identificaram-se menores níveis percebidos de QV em usuários do gênero feminino, com a “faixa etária” entre 41 a 60 anos, analfabetos e com ensino fundamental incompleto, da cor preta e parda, sem cônjuges e viúvos, e que possuíam comorbidades como HAS e DM. Diante dessas evidências, nota-se que piores condições socioeconômicas, culturais e clínicas contribuem diretamente para uma percepção negativa de QV entre os indivíduos.

Com relação ao gênero, as mulheres apresentaram predomi-

minantemente a avaliação mais negativa da QV. Sendo assim, esses achados corroboram a literatura, reforçando que as mulheres tendem a ter uma percepção mais negativa da QV. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que as mulheres costumam ter maior sobrecarga de trabalho, haja vista que elas ainda cuidam da família e das tarefas domésticas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Segundo a literatura, a Qualidade de Vida depende da autoavaliação e é composta por vários aspectos, entre eles, a percepção da saúde, que pode gerar uma visão global da saúde e do bem-estar de uma perspectiva individual (PRATES, 2016). A Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana, subjetiva e com vários significados e interpretações, no que se refere ao bem-estar que os indivíduos e a coletividade encontram na vida familiar, amorosa, social e ambiental (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016). Identificou-se, com relação à média geral da Qualidade de Vida, que essa amostra dos 200 usuários atendidos na Atenção Primária à Saúde apresentou uma QV boa. Estudo nacional constatou que os indivíduos que se percebem como saudáveis apresentam melhor avaliação da QV (MORESCHI *et al.*, 2018). Quanto à satisfação com a saúde, evidenciou-se que os participantes apresentaram uma percepção positiva em relação à satisfação com a saúde autorreferida.

Em relação aos escores da QV relativos aos domínios do WHOQOL-*Bref*, verificou-se que a maior média foi obtida no domínio Psicológico, seguido dos domínios Relações Sociais e Físico. O domínio Meio Ambiente foi o que apresentou menor média de QV.

Múltiplas hipóteses explicativas podem ser levantadas. É possível que indivíduos de classe popular percebam precariedades

em seu contexto social e ambiental (apoio social, trabalho, bairro, transporte) e que elaborem crenças positivas quanto aos seus atributos físicos e psicológicos como estratégias individuais e coletivas de enfrentamento das referidas precariedades (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016). Em consonância com este achado, um estudo identificou que melhor desempenho dos idosos foi obtido no domínio Psicológico, o que evidencia o quão satisfeitos estão em relação às questões relacionadas aos sentimentos, autoestima, aparência, memória, concentração, espiritualidade e crenças pessoais, contrastando com outros grupos previamente estudados que sofrem com o processo de adaptação da senescência (PEREIRA *et al.*, 2017).

O domínio Meio Ambiente é capaz de avaliar o ambiente em que o idoso está inserido, englobando aspectos referentes às condições de moradia; socialização; transporte; segurança física; lazer; recursos financeiros e a proteção. Ressalva-se que, na maioria dos estudos brasileiros encontrados e realizados com idosos, esse domínio costuma ter menor pontuação (LIMA *et al.*, 2018), e outro estudo realizado com pacientes hospitalizados em enfermarias da clínica médica, da cirúrgica e da infectologia, em um hospital universitário de Campina Grande-PB, constatou que o melhor desempenho na QV foi no domínio Psicológico, enquanto o domínio Meio Ambiente foi o mais prejudicado (OKUNO *et al.*, 2019).

Resultados similares foram encontrados em estudo nacional que observou a menor média de QV no domínio Meio Ambiente. Essa pesquisa foi realizada com idosos no município de São Paulo e obteve menores escores de QV no domínio Meio Am-

biente. Supõe-se que esse resultado possa ter relação com os baixos recursos financeiros dos idosos, o que adicionalmente pode contribuir para o menor acesso aos serviços de saúde e condições mais escassas de segurança, habitação e oportunidades de recreação e lazer (TAVARES *et al.*, 2016).

Diante dessas evidências, nota-se que piores condições socioeconômicas contribuem diretamente para uma percepção de saúde negativa. Com relação à associação entre a cor e a HAS, é relatado na literatura que populações negras apresentam maiores prevalências de hipertensão arterial quando comparadas com as brancas e, conseqüentemente, apresentam menores médias de QV. Observou-se que, entre os usuários avaliados, aqueles portadores de obesidade grave possuem uma qualidade de vida baixa que diferiu da QV boa dos entrevistados eutróficos. Essa observação corrobora uma pesquisa que considera uma forte relação entre a obesidade e baixa percepção de qualidade de vida, relacionada à saúde dos adolescentes. Como complemento, os resultados deste estudo pressupõem, ainda, relativas proporções de adolescentes que estejam vivendo com menores índices de QV por causa do excesso de peso e obesidade (CASTRO *et al.*, 2016). Outros estudos apontaram que a maioria da população com DM estava com sobrepeso ou obesidade (MORESCHI *et al.*, 2018).

Podemos sugerir o incentivo à adoção de um estilo de vida mais ativo e/ou à prática de atividades físicas regulares, visto que essas ações podem se constituir numa intervenção de baixo custo para a promoção da saúde e melhoria na QV dos usuários da APS (MOREIRA; SANTINO; TOMAZ, 2017). O fato de a coleta ter

sido realizada em uma única UBSF, de apenas um DS do município estudado, pode ser uma limitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados obtidos no presente estudo sugerem que vários fatores interferem na QV dos usuários da Atenção Primária à Saúde. Evidenciou-se a pior QV segundo a percepção dos participantes do gênero feminino, na “faixa etária” entre 41 a 60 anos, analfabetas e com ensino fundamental incompleto, da cor preta e parda, sem cônjuges e viúvas, e que possuíam comorbidades como HAS e DM. A maioria dos entrevistados apresentava sobrepeso; quanto à aptidão física, a maior média encontrada foi a atividade moderada, e a menor média foi a atividade vigorosa. A QV e satisfação com a saúde foram consideradas boas. Quanto aos escores da QV relativos aos domínios do WHOQOL-Bref, verificou-se que a maior média foi obtida no domínio Psicológico, seguido das Relações Sociais e do Físico. O domínio Meio Ambiente foi o que apresentou menor média de QV. Em relação à QV, os fatores associados foram as variáveis cor e ter diagnóstico de HAS. Quanto à QV relativa aos domínios, o Físico teve associação com a variável IMC.

REFERÊNCIAS

ALGHAMDI, A. S. Prevalence of overweight and obesity among police officers in Riyadh City and risk factors for cardiovascular disease. **Lipids Health Dis.**, v. 16, n. 1, p. 79, 2017.

ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Qualidade de Vida e Características Associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no Contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1705-1716, 2017.

ARAÚJO JUNIOR, F. B. *et al.* Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3047-3055, 2019.

AZEVEDO FILHO, E. R. *et al.* Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Prontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 9, n. 1, p. 14-23, 2019.

BARRETO, M. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 114-20, 2016.

BUENO, D. R. *et al.* Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1001-1010, abr. 2016.

CASTRO, G. G. *et al.* Qualidade de vida em crianças escolares com sobrepeso e obesidade. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 4, out. 2016.

CHEN, C. *et al.* Benefits of exercise training and the correlation between aerobic capacity and functional outcomes and quality of life in elderly patients with coronary artery disease. **Kaohsiung J. Med. Sci.**, v. 30, n. 10, p. 521-30, 2014.

FARIA, H. T. *et al.* Adherence to diabetes mellitus treatments in Family health Strategy Units. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

- FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.
- LIMA, L. R. *et al.* Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n. 2, p. 180-90, 2018.
- MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3 Supl 3, p. 1-103, 2016.
- MANSO, M. E. G. *et al.* Análise do gerenciamento de doenças crônicas em uma operadora de planos de saúde na cidade de São Paulo. **Rev. Sodebras**, v. 13, n. 151, p. 77-82, 2018.
- MILECH, A.; OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 11, p. 3533-44, 2016.
- MORAES, R. S. M. *et al.* Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, p. 43-56, 2017.
- MOREIRA, A. S. G.; SANTINO, T. A.; TOMAZ, A. F. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental de uma escola da rede pública. **Cienc. Trab.**, v. 19, n. 58, p. 20- 5, 2017.

MORESCHI, C. *et al.* Estratégia Saúde da família: perfil/ qualidade de vida de pessoas com diabetes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3073-80, 2018.

OKUNO, M. F. P. *et al.* Qualidade de vida de octogenários hospitalizados. **Texto Contexto Enferm.**, v. 28, p. 1-11, 2019.
OLIVEIRA, S. A. *et al.* Perfil de pacientes obesos atendidos na rede de Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó, Santa Catarina. **Saúde** (Santa Maria), v. 46, n. 2, 2020.

OLIVEIRA, J. E. P. O.; FOSS-FREITAS, M. C.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

PAIXÃO, M. *et al.* (Orgs.). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2009-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/wpcontent/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

PEREIRA, R. M. P. *et al.* Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 4, p. 887-95, 2017.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 8, p. 2489-98, 2015.

PORTUGAL, F. B. *et al.* Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com evento de vida produtivos de estresse e saúde mental. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016.

PRATES, M. L. **Prevalência e fatores associados à Síndrome Metabólica em portadores de hipertensão arterial na atenção primária à saúde.** 2016. 53 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2016.

REIS, E.; DOURADO, V. Z.; GUERRA, R. L. F. Qualidade de vida e fatores de riscos à saúde de cuidadoras formais de idosos. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, v. 24, n. 1, p. 47-61, abr. 2019.

RODRIGUES, C.; SILVA, J. P.; CABRAL, C. V. S. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem. **R. Interd.**, v. 9, n. 2, p. 117-26, 2016.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida e auto estima de idosos na comunidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 28 nov. 2020.

CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: QUAL É A PERCEPÇÃO DE HOMENS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE?

Guilherme Vidigal Fernandes da Silva

Ingredy Eyllanne Monroe Carvalho

Aline Sampieri Tonello

Larissa Maciel de Almeida

Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Ilana Mírian Almeida Felipe da Silva

INTRODUÇÃO

A porta de entrada da população masculina aos serviços de saúde ocorre principalmente pela atenção especializada, quando esses indivíduos já apresentam morbidades e agravos à saúde, quando já se veem impossibilitados de realizarem suas atividades laborais. A baixa procura dos homens pelos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) e a conseqüente sobrecarga de atenção especializada ocasionam custos elevados. Os altos índices de morbimortalidade neste grupo populacional é um importante problema de saúde pública, uma vez que reduz a expectativa de vida dos homens (BRASIL, 2009; TAVARES *et al.*, 2013).

A APS é a porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), com capacidade para responder à maioria das necessidades e dos problemas de saúde da população, com a realização de serviços preventivos, curativos e de promoção, além de integrar os cuidados e lidar com o contexto de vida dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2018). Nas últimas décadas, a APS tem apresentado grande importância em âmbito nacional e internacional. No Bra-

sil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi apresentada, na década de 1990, como estratégia para a reorientação da APS e de todo o sistema de saúde brasileiro em direção à efetivação das diretrizes do SUS, como a universalidade e a integralidade. Políticas e práticas de saúde com foco na promoção de saúde foram propostas para favorecer a qualidade de vida de sujeitos, grupos e populações, contribuindo para a prevenção de doenças (SOUZA; SANCHES; ANDRADE, 2016).

Dados epidemiológicos mostram que a cada três pessoas que morrem no Brasil, duas são do sexo masculino, respondendo por aproximadamente 60% dos óbitos no país (OLIVEIRA; DAHER; ANDRADE, 2015). Os homens de 20 a 59 anos, comparados com as mulheres dessa mesma faixa etária, apresentam maior morbimortalidade, principalmente por causas externas. Estes se expõem mais às situações de violência, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas com maior frequência; estão mais vulneráveis aos acidentes de trânsito e de trabalho, não procuram os serviços de saúde e quando procuram não seguem os tratamentos recomendados, geralmente; apresentam receio de descobrir doenças; não se alimentam adequadamente; estão mais susceptíveis às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/HIV-Aids e não praticam atividade física com regularidade (BRASIL, 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), regulamentada por meio do Anexo II da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas de políticas nacionais de saúde do SUS. Estabelece qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade

da atenção. Reconhece que os homens buscam o serviço de saúde por meio da atenção especializada, o que traz como consequência o agravamento de sua condição em virtude do retardo na procura dos serviços de saúde (BRASIL, 2018).

A percepção do indivíduo acerca de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos é avaliada por meio do uso do instrumento validado *World Health Organization Quality of Life Instrument-Bref* (WHOQOL-Bref), uma versão abreviada do *World Health Organization Quality of Life – 100* (WHOQOL-100), desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo utilizado para avaliar as dimensões da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (WHOQOL GROUP, 1998; FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000). Aponta-se que, neste estudo, foi utilizado o conceito de qualidade de vida (QV) proposto pelo WHOQOL Group (WHOQOL GROUP, 1998).

A avaliação da QV pelo instrumento WHOQOL-Bref demonstra que estudos foram realizados em pessoas com depressão, indivíduos idosos, adolescentes, pessoas dependentes de álcool e em pacientes com lesão medular (GOMES; HAMANN; GUTIERREZ, 2014; ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017). Por outro lado, poucos estudos avaliaram a QV da população geral, com diferentes perfis de saúde, como os indivíduos atendidos pela APS (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017). Ante o contexto, o presente estudo objetivou avaliar a percepção da QV de homens atendidos na ESF, bem como conhecer suas condições de saúde, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma capital nordestina brasileira.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa e de análise da qualidade de vida da população masculina, realizado entre janeiro e abril de 2020. O estudo foi realizado no Distrito Sanitário (DS) Tirirical, nos bairros da Zona Urbana, São Raimundo e Vila Cascavel, área de abrangência territorial da equipe de Saúde da Família (eSF) n.º 40, em São Luís, capital do estado do Maranhão. A capital conta com uma população estimada de 1.108.975 pessoas, de acordo com estimativa levantada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). A UBS possui quatro eSF, compostas por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e duas equipes de Saúde Bucal (eSB). A área de abrangência do estudo tem 700 famílias cadastradas, que são compostas por 3.900 pessoas, e destas 800 são homens.

Conforme critérios da PNAISH, o público-alvo desta pesquisa é a população masculina adulta entre 20 e 59 anos. O estudo foi realizado por amostra não probabilística do tipo consecutiva, composta por 100 homens cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do DS Tirirical, do município de São Luís-MA, bem como por meio de visita domiciliar. Os critérios de inclusão consistiram em: homens que apresentavam idade entre 20 e 59 anos e que residiam na área adstrita referida. Os critérios de exclusão: homens portadores de doença mental e neurológica (diagnosticados e cadastrados em prontuários médicos), bem como homens que apresentaram dificuldade em verbalizar as suas respostas (dislalia).

Os dados foram coletados por um profissional médico e por dois ACS na Unidade Básica de Saúde da Família, em homens que aguardavam em fila de espera por atendimento médico, bem como através de visita domiciliar. Esses ACS foram devidamente treinados para a aplicação dos questionários e instrumento utilizados na pesquisa.

Para a coleta dos dados, utilizaram-se questionários baseados em estudos com questões sobre caracterização sociodemográfica, clínico-epidemiológica e de acesso e utilização dos serviços de saúde (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; LEVORATTO *et al.*, 2014; PEDREIRA *et al.*, 2015). Esses questionários possuíam as seguintes variáveis: idade; escolaridade; nível ocupacional; situação conjugal; morbidades; tabagismo; etilismo; uso de drogas ilícitas; prática de atividade física; motivo da procura ao serviço de saúde; tempo da última visita; motivo da última visita; nível de assistência de saúde procurado; visita dos ACS; conhecimento sobre o exame de peniscopia; realização dos exames de peniscopia e de próstata; conhecimento sobre a PNAISH; e quais os obstáculos e barreiras para a não visita ao serviço de saúde.

Aplicou-se também o instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS, em sua forma abreviada (WHOQOL-Bref) (WHOQOL GROUP, 1998; FLECK *et al.*, 2000). O instrumento de avaliação da QV utilizado foi o WHOQOL-Bref, de fácil compreensão, autoaplicável e que produz um perfil detalhado da percepção da QV (FLECK *et al.*, 2000). Este foi aplicado com a população masculina de forma individualizada, por meio da leitura. Trata-se de um questionário com perguntas objetivas sobre a QV nos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio

Ambiente. Configura-se como um instrumento genérico, desenvolvido a partir do WHOQOL-100, pela necessidade de um questionário mais curto e que demandasse menor tempo para o preenchimento, validado e traduzido para a língua portuguesa, no Brasil, com ampla utilização na população em geral (MESQUITA *et al.*, 2014).

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*® 2010, com dupla digitação para a análise da consistência externa. As questões dos questionários foram categorizadas em um dicionário (*code book*) junto às planilhas, a fim de minimizar erros sistemáticos. Os dados foram submetidos à análise descritiva através de tabelas simples, contendo as diferentes categorias observadas de variáveis qualitativas e quantitativas e suas respectivas contagens pelo número de ocorrência de cada categoria, sendo realizadas as distribuições de frequência absoluta e relativa. As análises descritivas foram realizadas para as variáveis sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas e sobre acesso/ utilização das ações dos serviços de saúde por meio de frequência simples, média e desvio padrão. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma, sob o Parecer n.º 1.570.456/16. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes, conforme exige a Resolução n.º 466/2012.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos da população estudada.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos homens atendidos em uma Unidade de Saúde da Família de São Luís, Maranhão, Brasil, 2020 (n=100).

Variável		%
Idade	20 a 29 anos	11,0
	30 a 39 anos	24,0
	40 a 49 anos	38,0
	50 a 59 anos	27,0
Escolaridade	Nenhuma	3,0
	Ensino Fundamental Incompleto	30,0
	Ensino Fundamental Completo	11,0
	Ensino Médio Incompleto	14,0
	Ensino Médio Completo	37,0
	Ensino Superior Incompleto	3,0
	Ensino Superior Completo	2,0
Nível ocupacional	E Estudante	1,0
	Empregado	26,0
	Aposentado	8,0
	Autônomo	40,0
	Desempregado	23,0
	Benefício	2,0
Situação conjugal	União estável/Casado	73,0
	Separado/ Divorciado/solteiro	3,0
Renda familiar (salário mínimo)^a	Inferior a 1 salário	13,0
	1 a 2 salários	69,0
	Mais de 2 salários	18,0
Presença de morbididades	Não	65,0
	Sim	35,0

	Hipertensão	42,6	
	Diabetes	21,3	
	Depressão	6,4	
	Infecções sexualmente transmissíveis	2,1	
	Coluna	4,3	
Tipo de morbi- dade*	Neurológico – AVE**	4,3	
	Epilepsia	2,1	
	Hanseníase	6,4	
	Hepatite C	2,1	
	Síndrome do pânico	2,1	
	Glaucoma	6,4	
	Tabagismo	Não	84,0
		Sim	16,0
Álcool	Não	66,0	
	Sim	34,0	
Drogas	Não	93,0	
	Sim	7,0	
Exercício físico	Não	64,0	
	Sim, todos os dias	11,0	
	Sim, até 2 vezes por semana	22,0	
	Sim, mais de 2 vezes por semana	3,0	
Total		100,0	

^a Salário mínimo – valor: R\$1.045,00. *Tipo de morbidade: Foram considerados apenas os pacientes que apresentaram comorbidades, assim como os que possuíam mais de um tipo. Total de 47 tipos de morbidades. **AVE = Acidente Vascular Encefálico.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os dados relativos às informações sobre acesso/utilização das ações dos serviços de saúde são descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das informações sobre acesso/utilização das ações dos serviços de saúde pelos homens atendidos em uma Unidade de Saúde da Família de São Luís, Maranhão, Brasil, 2020 (n=100).

Variável		%
Última visita à USF	Menos de 1 ano	65,0
	1 a 2 anos	12,0
	Mais de 2 até 4 anos	4,0
	Mais de 4 anos	10,0
	Nunca	9,0
Motivo da procura pela USF	Infecções sexualmente transmissíveis	6,0
	Consulta de rotina	22,0
	Dor	17,0
	Tratamento de doenças específicas	46,0
	Nunca procurou	9,0
Nível de atenção à saúde	Primário	7,0
	Secundário	60,0
	Terciário	28,0
	Nenhum	5,0
Visitas do agente comunitário de saúde	Não	39,0
	Sim	61,0
Conhecimento sobre peniscopia	Não	64,0
	Sim	36,0
Realização do exame de peniscopia	Não	92,0
	Sim	8,0
Realização do exame de próstata em homens acima de 45 anos de idade (n=43*)	Não	44,2
	Sim	55,8
Conhecimento sobre a PNAISH^a	Não	62,0
	Sim	38,0

Ausência de doenças como barreira	Não	40,0
	Sim	60,0
Medo de doenças como barreira	Não	72,0
	Sim	28,0
Motivo da não procura pela USF	Visita ACS e ESF	6,0
	Interesse próprio	56,0
	Atendimento final de semana	3,0
	Informações sobre atendimento e serviços	2,0
	Acolhimento	4,0
	Facilidade de acesso	7,0
	Falta de tempo	11,0
	Melhoria da qualidade de serviços	3,0
	PNAISH	2,0
	Continuidade do serviço	5,0
Estrutura	1,0	
Total		100

* O exame preventivo do câncer de próstata foi realizado por 24 homens, com idades acima de 45 anos (recomendada para o rastreamento do câncer de próstata). ^aPNAISH = Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Quanto aos escores da QV relativos aos domínios do WHOQOL-Bref, observou-se que a melhor percepção da qualidade de vida deu-se no domínio psicológico ($75,68 \pm 15,62$), e a pior percepção figurou-se no domínio Meio Ambiente ($58,89 \pm 14,77$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Dados descritivos dos escores nos domínios avaliados pelo questionário de WHOQOL-Bref de homens atendidos em uma Unidade de Saúde da Família, de São Luís, Maranhão, Brasil, 2020 (n=100).

WHO-QOL-BREF	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC (95%)
Físico	29	100	71,98	17,46	68,58 – 75,40
Psicológico	33	100	75,68	15,62	72,62 - 78,74
Social	25	100	72,74	18,65	69,09 - 76,40
Meio Ambiente	19	91	58,89	14,77	56,00 - 61,79
Qualidade de Vida	0	100	66,00	18,30	62,41 – 69,59
Satisfação com a saúde	25	100	64,25	21,69	59,99 – 68,50

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

No domínio Físico, as facetas que caracterizaram a pior percepção da qualidade de vida demonstraram-se pela “dor física/desconforto” (39% – Extremamente) e “tratamento médico” (37% – Extremamente). No domínio Psicológico, observou-se uma melhor percepção da qualidade de vida nas facetas de: “aparência física” (51% – Completamente), “satisfação consigo mesmo” (50% – Muito bom) e “sentido da vida” (46% – Extremamente), com a pior faceta representada por “sentimentos negativos” (46% – Muito frequente). No domínio Social, observou-se uma percepção positiva na qualidade de vida, principalmente pela faceta de “relações pessoais” (40% – Bom). Já no domínio Meio Ambiente, foram observadas as piores percepções da qualidade de vida, princi-

palmente no que se refere às facetas de “dinheiro” (46% – Médio), “informações” (43% – Médio), ambiente físico (39% – Médio) e atividades de lazer (29% – Muito pouco) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos domínios do instrumento WHO-QOL-Bref, avaliados entre os homens atendidos em uma Unidade de Saúde da Família, de São Luís, Maranhão, Brasil, 2020 (n=100).

DOMÍNIO/ FACETA		Escala <i>Likert</i>				
Físico		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Dor física e desconforto		15,0%	14,0%	18,0%	14,0%	39,0%
Energia		0,0%	6,0%	28,0%	22,0%	44,0%
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Sono e fadiga		5,0%	18,0%	18,0%	21,0%	38,0%
Locomoção		0,0%	3,0%	12,0%	20,0%	65,0%
Atividades da vida cotidiana		0,0%	7,0%	19,0%	36,0%	38,0%
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Tratamento médico		9,0	20,0	16,0	18,0	37,0
Capacidade de trabalho		3,0	9,0	21,0	30,0	37,0
Psicológico		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Aproveitamento da vida		1,0%	14,0%	28,0%	40,0%	17,0%

Sentido da vida	0,0%	1,0%	13,0%	40,0%	46,0%
Concentração	1,0%	9,0%	26,0%	32,0%	32,0%
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Satisfação consigo	1,0%	3,0%	12,0%	34,0%	50,0%
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Aparência física	0,0%	4,0%	24,0%	21,0%	51,0%
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente	Sempre
Sentimentos negativos	6,0%	6,0%	9,0%	46,0%	33,0%
Social	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Relações pessoais	2,0%	2,0%	17,0%	40,0%	39,0%
Apoio de amigos	3,0%	13,0%	25,0%	33,0%	26,0%
Atividade sexual	0,0%	6,0%	26,0%	35,0%	33,0%
Meio ambiente	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Segurança diária	5,0%	11,0%	26,0%	31,0%	27,0%
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Condições de moradia	2,0%	12,0%	27,0%	28,0%	31,0%
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Dinheiro	8,0%	33,0%	46,0%	8,0%	5,0%
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom

Acesso aos serviços de saúde	10,0%	20,0%	28,0%	34,0%	8,0%
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Informações	1,0%	11,0%	43,0%	34,0%	11,0%
Atividades de lazer	5,0%	29,0%	20,0%	24,0%	22,0%
Ambiente físico	4,0%	12,0%	39,0%	25,0%	20,0%
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Meio de transporte	6,0%	17,0%	21,0%	31,0%	25,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

DISCUSSÃO

Neste estudo, avaliou-se a percepção da qualidade de vida de 100 homens atendidos na Atenção Primária à Saúde. Também se investigou o conhecimento sobre as condições de saúde dessa população masculina. As variáveis demonstraram que os homens estudados possuem baixas condições sociais, econômicas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A pior percepção da qualidade de vida foi observada no domínio Meio Ambiente, e os domínios Psicológico e Social apresentaram as melhores médias. A faixa etária da população masculina encontrava-se entre 40 a 49 anos de idade. De acordo com as características sociais e demográficas estudadas nessa população, o fator idade demonstra que os homens mais velhos procuram mais o serviço de saúde, por já se encontrarem em uma fase da vida em que a saúde tende a se debilitar (OLIVEIRA; DAHER; ANDRADE, 2015).

A hipossuficiência econômica dos homens demonstrou que a maioria apresentou renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, bem como se encontrava em exercício de trabalho autônomo, acarretado pela dificuldade de emprego formal. Trabalhadores insatisfeitos, mal remunerados e com falta de oportunidades de desenvolvimento apresentam maior probabilidade de baixa qualidade de vida no domínio ambiental, devido à insegurança no trabalho, condições de trabalho e remuneração inadequada (ASANTE *et al.*, 2019). A baixa remuneração pode produzir reflexos na vida pessoal, de forma a interferir na realização de atividades de lazer e na condição de saúde dessa população (SOUZA FILHO *et al.*, 2015).

A procura por atendimento médico no estudo ocorreu principalmente por homens que apresentavam alguma morbidade. Os homens só procuram por serviços de saúde quando acometidos por alguma enfermidade, tornando desmotivadora a busca por serviços de prevenção quando precisam conviver com a longa espera por atendimento. Dessa forma, geram a evasão nesses serviços, bem como a ausência de retorno após atendimento, o que dificulta cada vez mais a inserção da população masculina nos serviços de APS (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Em relação ao conhecimento do exame diagnóstico penoscopia e sobre sua realização, observou-se que a maioria dos homens nunca realizou exame exploratório em suas partes íntimas. A maior parte dos homens não conhece e não sabe a função do referido exame. A intervenção educacional desse exame é fundamental para melhorar a qualidade da informação entre os homens sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de

maior prevalência na população e interferir no papel do homem na história natural da infecção, como transmissor e portador da doença (PEDREIRA *et al.*, 2015). Cabe destacar que o estado do Maranhão possui a maior incidência de câncer de pênis no Brasil e no mundo. No momento do diagnóstico, os tumores encontram-se em estágios avançados. Os pacientes acometidos são, em sua maioria, homens jovens e que apresentam baixo nível socioeconômico, o que dificulta a conclusão do tratamento e o acompanhamento adequado (COELHO *et al.*, 2018).

No que tange ao conhecimento sobre os eixos abordados na PNAISH, observou-se uma alta prevalência de homens que o desconheciam. A PNAISH ainda é pouco divulgada, e existe a necessidade de investimento e divulgação dessa Política tanto para a população como para os profissionais da saúde. A criação da Política foi um passo importante rumo ao aprimoramento do atendimento à saúde do público masculino, contudo, ainda não foi possível observar mudanças efetivas no SUS (SANTIAGO *et al.*, 2015). Permanece notória nas UBS a pouca oferta de programas ou atividades direcionadas especificamente para a saúde do homem, o que indica uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de APS (SILVA *et al.*, 2012).

Em relação aos escores da Qualidade de Vida avaliados pelo instrumento WHOQOL-Bref, observou-se maior média de escores na QV dentro do domínio Psicológico, já o Meio Ambiente figurou com a pior média. O padrão da Qualidade de Vida no domínio do Meio Ambiente apresenta menor escore geralmente pelo fato de pesquisas serem realizadas em comunidades que es-

tão em áreas de maior vulnerabilidade social. As classes sociais mais baixas demonstraram pior QV (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; AZEVEDO *et al.*, 2013). A faceta do domínio Meio Ambiente que apresentou pior qualidade de vida nesta pesquisa referiu-se ao “dinheiro”. Destaca-se que a baixa remuneração pode produzir reflexos na vida pessoal, interferindo na realização de atividades de lazer e na condição de saúde dessa população (SOUZA FILHO *et al.*, 2015).

A regular percepção da QV no domínio Meio Ambiente foi observada nas facetas de “informações” e “ambiente físico”, já a faceta referente a “atividades de lazer” mostrou-se muito pouco percebida. A falta de espaços públicos para lazer e de ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) adequado alerta aos órgãos públicos de saúde quanto à necessidade da implementação e manutenção de ambientes favoráveis à saúde, preconizados pela Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). Em relação à melhor percepção da QV, observou-se que o domínio Psicológico apresentou maior representatividade significativa, principalmente referente às facetas de “aparência física”, “satisfação consigo mesmo” e “sentido da vida”. As facetas desse domínio colaboram para a autoestima e aceitação própria (MESQUITA *et al.*, 2014).

A pior percepção da qualidade de vida no domínio Psicológico caracterizou-se pela faceta de “sentimentos negativos”. A negligência à saúde mental pode trazer sérias consequências em médio e longo prazo, como pequenos distúrbios, dificuldade em enfrentar problemas e até patologias mentais. Os distúrbios psicológicos decorrentes da ansiedade, depressão, síndrome do pânico e problemas de autocontrole são doenças comuns da atualidade.

A procura por profissional de saúde é fundamental para que seja realizado um diagnóstico cuidadoso de acordo com a realidade de cada paciente. Além disso, o auxílio da família e amigos é fundamental nesse processo de tratamento (CARVALHO; FIGUEIREDO, 2020).

No que se refere às facetas do domínio Físico, as piores percepções de qualidade de vida foram observadas nas facetas de “dor física/desconforto” e “tratamento médico”. As necessidades físicas interferem, de certo modo, na qualidade de vida, especialmente no que se refere às atividades diárias e ao tratamento da sua saúde. Assim, destacam-se as necessidades básicas inerentes ao ser humano, de possuir energia suficiente para o desenvolvimento das atividades diárias e para a locomoção (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016). A associação negativa entre tratamento farmacológico e QV, no domínio Físico, já foi observada em outros estudos. Uma possível explicação seria o fato de o uso de medicamentos estar associado à menor autonomia do paciente, que, por sua vez, diminui a qualidade de vida. É importante ressaltar que depender de medicamentos ou tratamentos pode ser visto tanto como um fator de piora da qualidade de vida, pela diminuição da autonomia, como de melhora, pelo efeito benéfico que alguns medicamentos e/ou tratamentos proporcionam (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017).

O domínio Social apresentou uma das melhores percepções da QV, com destaque na faceta de “relações pessoais”. Esse domínio reflete-se na importância do apoio social, entendido como qualquer auxílio entre pessoas que se conhecem, o qual resulta em efeitos emocionais positivos, como um relevante fator

psicossocial e de maior satisfação com a vida. Dessa forma, sentir-se amado e cuidado está relacionado a níveis mais baixos de ansiedade, depressão e somatizações, bem como à melhor adaptação a situações de estresse (PORTUGAL *et al.*, 2016).

À luz desta pesquisa, destaca-se a importância da atuação das equipes de ESF, com a finalidade de organizar ações estratégicas para proporcionar maior qualidade de vida a essa população (MANNA *et al.*, 2019). O homem precisa de incentivo para se sentir mais motivado a comparecer nas unidades de saúde. Nesse sentido, é importante o desenvolvimento de ações específicas voltadas à saúde do homem, sejam individuais ou em grupo, estabelecendo horários específicos ao atendimento desse público, de tal forma que facilite e viabilize o acesso aos serviços de saúde. Entende-se que a partir do momento que o profissional busca o usuário, está promovendo uma aproximação entre ambos, e isso faz parte da criação do vínculo, sendo uma forma de valorizar a figura masculina (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Um fator limitante desta pesquisa consistiu na resistência do homem à procura pela APS, o que acarretou na busca ativa da população na área adstrita, de forma a dificultar a coleta de dados. Além disso, a pesquisa encontrou limitação na obtenção de mais participantes, devido ao isolamento social ocasionado pela pandemia de Covid-19 (Sars-CoV-2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciaram-se fragilidades quanto ao conhecimento dos eixos integrantes da PNAISH, tais como abordagens relativas à temática sobre o câncer de pênis. As melhores

médias avaliadas pelo instrumento WHOQOL-Bref foram observadas nos domínios Psicológicos e Sociais, e as piores médias figuraram no domínio Meio Ambiente. Compreender a real percepção da QV desse grupo específico é necessário para uma melhor análise sobre as ações estratégicas mais adequadas para o cuidado dos homens, entre gestores e equipes multiprofissionais de saúde. Acredita-se que os resultados obtidos podem contribuir no enfrentamento de barreiras que impedem ou dificultam a adesão masculina aos serviços de saúde, sobretudo no nível dos cuidados primários à saúde. Principalmente, diante do atual cenário da morbimortalidade masculina no Brasil, mais especificamente na região Nordeste, no estado do Maranhão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Qualidade de Vida e Características Associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no Contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1705-1716, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501705&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2020.

ASANTE, J. O. *et al.* The Relationship Between Psychosocial Risk Factors, Burnout and Quality of Life Among Primary Healthcare Workers in Rural Guangdong Province: A Cross-sectional Study. **BMC Health Serv. Res.**, v. 19, n. 1, p. 447, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8>. Acesso em: 11 maio 2020.

AZEVEDO, A. L. S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013. Disponível em: <http://www.scielo>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 52 p.

CARVALHO, M. L; FIGUEIREDO, F. C. Contribuições da estética para a qualidade de vida. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 39459-39473, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-476>. Acesso em: 11 maio 2020.

CAVALCANTI, J. R. D. *et al.* Assistência Integral a Saúde do Homem: Necessidade Obstáculos e Estratégias de Enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf>. Acesso em: 03 maio 2020.

COELHO, R. W. P. *et al.* Penile cancer in Maranhão, Northeast Brazil: the highest incidence globally? United Kingdom. **BMC Urology**, v. 18, n. 50, p. 02-07, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12894-018-0365-0>. Acesso em: 11 maio 2020.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde. Publ.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101999000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2020.

FLECK, M. P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHO-QOL-BREF”. **Rev. Saúde. Publ.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2020.

GOMES, F. P.; MENDES, E. S.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. **Rev. At. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 27-33, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n49.3695>. Acesso em: 18 maio 2020.

GOMES, J. R. A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Aplicação do WHOQOL-BREF em Segmento da Comunidade como Subsídio para Ações de Promoção da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, p. 495-516, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000200495&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e estado. São Luís: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>. Acesso em: 18 maio 2020.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores Associados à Procura por Serviços de Saúde Suma Perspectiva Relacional de Gênero. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000401263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2020.

MANNA, M. L. V. *et al.* Saúde e bem-estar na atenção primária: avaliação da qualidade de vida dos profissionais da equipe 35 da UBS Dr. Délio Borges da Fonseca. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3782-3790 jul./ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-139>. Acesso em: 18 maio 2020.

MESQUITA, L. P. *et al.* Qualidade de Vida em uma Unidade de Saúde da Família no Município de São Carlos-SP. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15161>. Acesso em: 11 maio 2020.

MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016. Disponível em: <http://stat.saudeetransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/viewFile/3660/4653>. Acesso em: 11 maio 2020.

OLIVEIRA, M. M.; DAHER, D. V.; ANDRADE, S. S. C. A. A Saúde do Homem em Questão: Busca por Atendimento na Atenção Básica de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000100273&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2020.

PEDREIRA, P. W. F. *et al.* Percepção do Homem em Relação à Infecção por Papilomavírus Humano – HPV. **Rev. Med. Minas Gerais (Online)**, Minas Gerais, v. 25, n. 3, p. 322-329, 2015.

PORTUGAL, F. B. *et al.* Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 497-508, 2016. Dispo-

nível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200497&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2020.

SANTIAGO, F. P.; SOUZA, P. R. F.; MACHADO, F. C. A.; FERNANDES, E. R. L. Perfil de homens na atenção primária à saúde. **HOLOS**, Rio Grande do Norte, v. 31, p. 430-439, 2015. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3214>. Acesso em: 11 maio 2020.

SILVA, N. A. *et al.* A Avaliação da Atenção Primária à Saúde na Perspectiva da população masculina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 2, p. 255-63, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000200236&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2020.

SILVA, P. A. S. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

SOUZA FILHO, M. J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de policiais militares. **Rev. Bras. Ciência Mov.**, v. 23, n. 4, p. 159-69, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v23n4p159-169>. Acesso em: 11 maio 2020.

SOUZA, L. G. S.; SANCHES, A. C. F.; ANDRADE, A. L. Qualidade de Vida em Homens Usuários de Unidade de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 2, p. 112-118, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/22031>. Acesso em: 11 maio 2020.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 678-685, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300678&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2020.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. **Soc. Sci. Med.**, v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998.

FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS HOSPI- TALIZADOS: ESTUDO RETROSPECTIVO EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO

Luziete Furtado da Cruz

Renata de Sousa Alves

Gerídice Lorna Andrade de Moraes

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Tatiana Monteiro Fiuza

Karla Verbena Salviano Cavalcante

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem ocorrido uma mudança na pirâmide etária mundial, especialmente nos países em desenvolvimento, caracterizada por estreitamento da base e alargamento do ápice, correspondendo à redução da taxa de natalidade e ao crescente aumento da população idosa (LUSTENBERGER; INABA; SCHNURIGER, 2012). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS) e com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há, atualmente, cerca de 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa 11,8% da população brasileira, das quais o grupo etário que mais cresceu foi o das pessoas com mais de 80 anos (IBGE, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento populacional é uma das maiores conquistas da humanidade atualmente; em contrapartida, são enfrentados grandes desafios para preservar essa população com bons níveis de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Cumprir destacar que o aumento da expectativa de vida

e, conseqüentemente, o incremento do número de idosos na população mundial, promovem impacto direto sobre o sistema de saúde, tendo em vista que a população idosa é mais suscetível a doenças crônicas, dentre elas, a osteoporose (BORTOLON; ANDRADE; ANDRADE, 2011). Nessa esteira, a fratura por osteoporose representa importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente a de fêmur, cuja incidência aumenta com a idade e está associada à deterioração da qualidade de vida e ao acréscimo da mortalidade (IP; LEUNG; KUNG, 2010).

Esse tipo de fratura está relacionado a elevadas taxas de morbidade e mortalidade que, acrescida à necessidade de hospitalização, tratamento cirúrgico e cuidados intensos no pós-operatório, eleva os custos para o sistema de saúde, uma vez que a permanência hospitalar é o componente mais oneroso em relação aos cuidados necessários à fratura de fêmur (GUPTA, 2014).

O custo social e econômico eleva-se ainda mais pelo fato de que, após um período de internação, o paciente idoso apresenta diminuição na sua recuperação e enfrenta altas taxas de mortalidade, necessitando de cuidados médicos intensivos e longos períodos de reabilitação (ARNDT; TELLES; KOWALSKI, 2011).

Diante desse cenário de envelhecimento populacional, de elevados custos com internações hospitalares e, ainda, do crescente número de idosos que se submetem à cirurgia de fratura de fêmur no Instituto Dr. José Frota (IJF), além da afinidade da pesquisadora com o assunto, nesta pesquisa, optou-se por identificar as características apresentadas pelos idosos que foram internados por fratura de fêmur por todas as causas, visto que esse

conhecimento irá auxiliar na prevenção de novas ocorrências a essa população.

Buscamos conhecer o perfil do idoso atendido no hospital com fratura de fêmur. Nessa perspectiva, para nortear o estudo, foram elaborados problemas com os seguintes pontos a serem investigados: Qual é o sexo mais acometido? Em qual idade a fratura de fêmur é mais frequente? Quais são os principais bairros em que ela ocorre? Qual é o desfecho desse paciente?

A fim de responder aos questionamentos, o presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil do paciente internado por fratura de fêmur e seu percurso em um hospital terciário, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018.

Nessa esteira, o estudo torna-se relevante e, ao mesmo tempo, desafiador, pois se espera poder colaborar com a Coordenadoria de Saúde da Pessoa Idosa na construção da linha de cuidado e no planejamento de ações de saúde mais específicas, que contemplem aspectos preventivos no tocante às fraturas de fêmur, visando a impactar no prognóstico, reduzindo suas complicações e aumentando a expectativa e qualidade de vida das pessoas idosas. Além disso, há uma relevância social e epidemiológica do tema e da necessidade de atenção, por parte de profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas, para esse problema de saúde mundial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, de dados secundários publicados pelo Ministério da Saúde de forma on-line pelo Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes às internações decorrentes de fraturas de fêmur em idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes em Fortaleza, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018.

Neste estudo, a amostra foi composta por dados de 2.640 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de fratura de fêmur, internados entre o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018 e atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital Terciário de Fortaleza. Segundo o IBGE, o município de Fortaleza possui 237.775 pessoas idosas com 60 anos ou mais (IBGE, 2018). Foram excluídos da pesquisa os dados referentes a pessoas com idade inferior a 60 anos e residentes em outros municípios.

Os dados utilizados foram extraídos do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHD/SUS), construídos com informações provenientes da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento obrigatório que habilita as internações realizadas no SUS. Foram coletados os seguintes dados: idade dos idosos, data da internação e da alta, endereço/bairro, motivo da alta e valor pago da AIH.

Os dados populacionais foram baseados nos resultados do Censo Demográfico de 2010, disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Fortaleza (FORTALEZA, 2016). Por sua vez, os dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foram obtidos no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil.

No estudo, foram analisadas as internações por fratura de fêmur (CID 10 – S72, 72.0 a S72.4 – S72.7 a S72.9), considerando as variáveis sexo, faixa etária, população e IDH por bairro, média

de permanência hospitalar, desfecho/motivo da alta e valor total de Autorizações de Internação Hospitalar pagas. A presente pesquisa retratou apenas o valor pago pela AIH, uma vez que, após a alta hospitalar, seguem-se as fases de acompanhamento em ambulatório, reabilitação física e manejo de complicações tardias.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20,0, para Windows, no qual as análises foram realizadas adotando-se uma confiança de 95% para todas elas. Foram expressas as frequências absolutas e percentual de cada variável, as quais foram cruzadas utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson.

Este estudo foi realizado exclusivamente com dados secundários e agregados, de acesso público e em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No período de 2009 a 2018, ocorreram 2.640 internações (AIH) entre idosos de Fortaleza, no IJF, por fratura de fêmur. Dessas internações, 1.763 (66,8%) correspondiam ao sexo feminino e 877 (33,2%) ao masculino. A idade variou de 60 a 107 anos, com média de idade de 80 anos. Vale ressaltar que, da amostra total, 19 pacientes tinham entre 100 e 107 anos; desses, 16 são do sexo feminino. A grande maioria desses pacientes residia em bairros de muito baixo IDH, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das internações de idosos por fratura de fêmur, conforme sexo, idade e ID. Fortaleza, Ceará, 2009 a 2018.

	n	%
Total	2.640	100,0%
Sexo		
Feminino	1763	66,8%
Masculino	877	33,2%
Idade (79±9; 60-107 anos)		
Até 80 anos	1387	52,5%
>80 anos	1253	47,5%
IDH bairro (0,370±0,027; 0,107-0,953)		
Muito Baixo (0,100 a 0,499)	2007	81,8%
Baixo (0,500 a 0,599)	243	9,9%
Médio (0,600 a 0,699)	98	4,0%
Alto (0,700 a 0,799)	43	1,8%
Muito Alto (0,800 a 1,000)	62	2,5%

Fonte: Dados do trabalho. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual (2021).

Os resultados deste estudo demonstraram a prevalência

das fraturas de fêmur de 66,8% para o sexo feminino. Quando se distribui entre as faixas etárias, segundo o sexo, ocorreram em maior prevalência nas mulheres com idade acima de 80 anos.

Do total de AIH pagas, 7% (n=187) estavam sem informações no campo endereço, não sendo possível classificar o IDH. Da amostra de 2.453 AIH com registros completos, 81,8% (n=2007) dos pacientes residiam em bairros de muito baixo IDH, seguidos por 9,9% de baixo IDH; já as demais faixas representam, juntas, 8,3% da amostra.

A Tabela 2 apresenta o tempo médio de permanência hospitalar para o tratamento da fratura de fêmur. A faixa etária de até 80 anos demandou maior tempo de recuperação intra-hospitalar. O resultado se inverte para o grupo de maiores de 80 anos, que foi maior nos anos de 2015 a 2018. Entre os 2.640 pacientes internados, 94,15% (n=2485) receberam alta hospitalar, 3,2% (n=84) óbitos (3,2%) e os demais foram transferidos para outras unidades hospitalares da rede.

Tabela 2 – Média de permanência hospitalar por fratura de fêmur (em dias) da população idosa, segundo idade, sexo, desfecho – alta, transferência ou óbito e custo. Fortaleza, Ceará, 2009 a 2018.

	Tempo internação				p-Valor
	<14 dias		14 dias ou mais		
Total	1602		1038		
Sexo					
Feminino	1150*	71,8%	613	59,1%	<0,001
Masculino	452	28,2%	425*	40,9%	
Idade					
Até 80 anos	835	52,1%	552	53,2%	0,595

>80 anos	767	47,9%	486	46,8%	
Esteve na UTI					
Não	1594	99,5%	1013*	97,6%	<0,001
Sim	8*	0,5%	25	2,4%	
Desfecho					
Alta	1523*	95,1%	962	92,7%	<0,001
Transferência	46	2,9%	25	2,4%	
Óbito	33	2,1%	51*	4,9%	
Ano					
2009	84	5,2%	57	5,5%	<0,001
2010	124*	7,7%	16	1,5%	
2011	128*	8,0%	27	2,6%	
2012	188*	11,7%	48	4,6%	
2013	213	13,3%	167*	16,1%	
2014	273*	17,0%	169	16,3%	
2015	238	14,9%	173*	16,7%	
2016	127	7,9%	156*	15,0%	
2017	124	7,7%	123*	11,8%	
2018	103	6,4%	102*	9,8%	
Custo					
Não repassado	30	1,9%	89*	8,6%	<0,001
Até R\$ 2.500	884*	55,2%	202	19,5%	
>R\$ 2.500	688	42,9%	747*	72,0%	

* $p < 0,05$, teste qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual (2021).

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

O período médio de internação foi de 14 dias, sendo o sexo feminino o que demandou maior tempo. O grupo de 60 a 80 teve uma estadia média mais longa. Além disso, os dados mostram que quanto maior a permanência hospitalar maiores são seus gastos com a internação. Das 2.640 AIH, em 4,5% (n=119) foram negados os repasses.

A Tabela 3 apresenta que a faixa etária de até 80 anos teve desfecho positivo, ou seja, 94,8% dos idosos receberam alta hospitalar. O resultado se inverte para o desfecho óbito, que foi maior para o grupo de 80 ou mais.

Tabela 3 – Distribuição das internações de idosos por fratura de fêmur, idade, desfecho e custo. Fortaleza, Ceará, 2009 a 2018.

	Idade				p-Valor
	Até 80 anos		>80 anos		
Desfecho					
Alta	1315*	94,8%	1170	93,4%	0,045
Transferência	39*	2,8%	32	2,6%	
Óbito	33	2,4%	51*	4,1%	
Custo					
Até R\$2.500	542	40,8%	544*	45,6%	0,017
>R\$2.500	785*	59,2%	650	54,4%	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (2021).

Fonte: Elaborada pelos autores

A faixa etária das pessoas de 60 a 80 anos teve uma média de gastos com a internação, segundo valor da AIH, de até R\$ 2.500,00, e pôde-se observar que o maior valor gasto está com a população idosa com até 80 anos. É importante destacar que o custo com os 19 idosos centenários foi no valor R\$ 57.801,58, uma média de R\$ 3.042,18 por pessoa.

Os custos diretos com internação para tratamento das fraturas de fêmur no período de hospitalização variaram entre R\$ 40,00 e R\$ 34.049,00.

Os custos diretos e as AIH pagas, utilizados na internação das fraturas de fêmur no período do estudo, ficaram entre R\$

2.958,11, valor da mediana, e totalizaram R\$ 7.457.391,42. O custo foi maior na faixa etária de 60 a 80 anos de idade, entre os idosos que necessitaram utilizar leito de UTI.

DISCUSSÃO

Considerando o envelhecimento contínuo da população, aliado ao surgimento de comorbidades subjacentes, já é esperado um aumento absoluto no número de fraturas de fêmur a cada ano. Nessa população, são associados os maiores graus de morbidade e mortalidade (MAGAZINER *et al.*, 2000). Aliado a isso, os idosos apresentam desafios únicos no que se refere à saúde, pois apresentam um estado fisiológico, farmacológico e psicológico especial e atributos sociais, diferentemente da população mais jovem (TURRENTINE *et al.*, 2006).

Este trabalho realizou um resgate temporal dos casos de fratura de fêmur em pacientes hospitalizados em uma unidade de traumatologia de referência no estado do Ceará. Quanto ao perfil da população, verificamos que o sexo feminino apresentou um maior percentual dos casos. A maior incidência da fratura em mulheres pode estar relacionada ao maior número de mulheres nesta faixa etária (IBGE, 2018), bem como ao fato de se iniciar o processo de diminuição da massa óssea antes do homem, favorecendo as fraturas devido ao processo de desmineralização óssea, principalmente após a menopausa (BORTOLON; ANDRADE; ANDRADE, 2011).

A literatura revisada neste estudo acredita que, entre as mulheres, em decorrência do envelhecimento, ocorre diminuição nos níveis de estrógeno e maior perda de massa óssea, o que

aumenta o risco do surgimento da osteoporose e eleva os riscos de fraturas (LOURES *et al.*, 2017).

Observando os dados da atual transição demográfica brasileira sob a ótica de gênero, constatamos um processo de feminização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna. Hoje, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2018).

A idade dos idosos estudados variou de 60 a 107 anos, sendo a mediana de 80 anos, e 0,7% correspondendo a centenários. O predomínio de fraturas foi maior na faixa etária entre 60 a 80 anos, com 52,5%.

Em um estudo com 131 idosos no interior paulista, a faixa etária predominante ficou entre 60-69 anos. A maioria destes, apesar de serem aposentados, mantinham atividades, tornando-se mais vulneráveis a sofrer algum trauma ao se deslocar para exercer as tarefas laborais ou por realizarem atividades relacionadas a práticas de risco (DEGANI *et al.*, 2014).

Outros estudos, no entanto, demonstram que a fratura de fêmur acomete pacientes mais idosos, com um pico entre 75 e 80 anos, sendo mais comum em mulheres do que em homens, na proporção de 3:1, e por trauma de baixa energia (CORDEY; SCHNEIDER; BÜHLER, 2000). Também foi verificada por outros estudiosos uma maior incidência de fraturas em idosos na faixa etária de 71 e 80 anos (27,99%) (LOURES *et al.*, 2015).

Em relação ao tempo médio de internação dos pacientes, foi observada uma média de 14 dias, sendo que 94% receberam alta hospitalar, o que não difere muito de outras pesquisas. Outros

estudos corroboram que a permanência média de pacientes hospitalizados por fratura de fêmur é de 13 dias (LOURES *et al.*, 2015; GUERRA, 2017).

Relata-se também que os pacientes, nessas condições, permaneceram com média hospitalar de 15 dias (GUERRA, 2017). Dessa forma, os estudos apontam tempo de permanência semelhante ao descrito por nosso estudo. Em outra pesquisa, relatou-se uma média de tempo para a realização da cirurgia de 6,8 dias e 14 dias de internação (MESQUITA *et al.*, 2009).

Além disso, estudos mostram que somente 25% dos pacientes conseguem retornar às atividades normais, 40% não são mais capazes de viver independentemente e 20% vão a óbito após o primeiro ano da lesão, em função do agravamento de enfermidades preexistentes (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012). Infelizmente, não foi possível, neste estudo, fazer o acompanhamento e monitoramento desses parâmetros de seguimento.

Outro achado deste estudo foi a crescente prevalência das fraturas de fêmur em idosos no período estudado, principalmente nos anos de 2013 a 2016. Esses números podem ser devido à inauguração, no início do segundo semestre de 2012, do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns (HMDZAN), conhecido como Hospital da Mulher de Fortaleza. Inicialmente, seu atendimento era restrito à linha de cuidado materno-infantil, mas, em 2013, para dar celeridade às cirurgias das mulheres idosas que estavam no Instituto Dr. José Frota (IJF), foi feita uma pactuação interna entre as duas unidades hospitalares para atendimento específico dessa demanda. No entanto, o Hospital da Mulher não dispunha de CNES e as AIH das pacientes eram geradas pelo IJF. Em janeiro

de 2017, foi cadastrado o CNES do hospital HMDZAN, passando, dessa forma, a gerar suas AIH, o que levou à diminuição do número de atendimentos no IJF. A partir de 2018, a linha de cuidado traumato-ortopedia se consolida, passando a realizar as cirurgias de trauma em mulheres jovens e idosas, o que supostamente justifica a redução do número de pacientes com fraturas de fêmur em 2018, como também a inversão do sexo feminino para o sexo masculino. Segundo dados disponibilizados pelo setor de internamento do HMDZAN, foram realizadas 257 internações no ano de 2017 e 365 em 2018.

Na perspectiva de identificar regiões mais vulneráveis no município que pudessem estar relacionadas às fraturas, foi feita uma distribuição espacial dos casos por regionais. O estudo demonstrou uma discreta homogeneidade entre as regionais. Quando se considera o Índice de Desenvolvimento Humano dos bairros de Fortaleza, 81,8% da amostra residia em bairros de muito baixo IDH. Apesar de não se poder atribuir por si só a relação direta com o baixo IDH, supõe-se que o desempenho econômico contribui de modo decisivo para o bem-estar e saúde da população idosa. Assim, entende-se que a saúde é determinada nos diversos ciclos de vida e construída pelas condições sociais, econômicas e ambientais, impactando na qualidade de vida, em especial do indivíduo idoso (RUBIN, 2016).

Imagina-se que a elevada prevalência das fraturas de fêmur nos bairros de baixo IDH esteja associada ao grande número de idosos residentes nesses bairros, à diminuição da capacidade funcional e ainda ao acesso aos serviços de saúde públicos, já que a maioria dos idosos residentes são dependentes do SUS. Cumpre

destacar que, considerando os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em novembro de 2019, 45% da população com 60 anos ou mais de Fortaleza possuía algum plano de saúde.

Outro fator a considerar como hipótese é a heterogeneidade entre os idosos, não só nos aspectos referentes às suas condições de saúde, mas também no que diz respeito à idade, gênero, raça e condições econômicas e de moradia (CÔRTE; MEDEIROS, 2009).

A associação entre o tempo de permanência e o desfecho demonstra que há um pior desfecho “óbito” quanto maior o tempo de internação, verificando-se que 4,9% (n=51) dos idosos faleceram após 14 dias de internação hospitalar. Além disso, os pacientes que estiveram na UTI permaneceram maior tempo no ambiente hospitalar. A principal hipótese foi que o paciente detinha um quadro clínico desfavorável, apresentava um maior número de comorbidades associadas e idade mais avançada em relação aos pacientes que não necessitaram de assistência intensiva.

Nosso estudo mostrou ainda que 3,18% dos pacientes tiveram óbito intra-hospitalar, enquanto outro estudo evidencia taxa de mortalidade de 5,88% durante a internação (FUCHS *et al.*, 2012).

Silveira *et al.* (2005) reportam a associação da idade com a mortalidade após fratura de fêmur. Pacientes com idade acima de 80 anos apresentam maior probabilidade de óbito após esse tipo de fratura se comparados com indivíduos na faixa etária de 60 a 80 anos. Não se pode afirmar que a fratura foi a causa direta do óbito, mas que contribuiu indiretamente para o evento (SILVEIRA *et al.*, 2005).

Para a avaliação do custo foi considerado o valor pago por AIH no período do estudo. Os dados demonstraram que o custo vem aumentando de forma estatisticamente significativa e proporcional ao número de pacientes acometidos no mesmo período. É sabido que o valor pago por AIH não retrata os custos diretos praticados com a assistência, mas sim os repasses realizados para as instituições de saúde.

Outro dado importante a ser destacado foi a baixa qualidade das informações apresentadas nas AIH, o que supostamente justifica a glosa dos recursos pertinentes às internações.

No Brasil, no período de janeiro de 2008 e setembro de 2012, segundo estudo de coorte retrospectiva com o objetivo de mensurar o custo por ano de vida com foco no tempo entre o trauma e a cirurgia, utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do DATASUS, foram selecionados os casos de fratura de fêmur, obtendo-se 215.442 autorizações de internações hospitalares pagas nesse período. Nessa coorte, são 45.356 casos de fratura do fêmur proximal, em média, por ano. O estudo de Guerra (2017) aponta que, teoricamente, o fato de se instituir a cirurgia precoce como rotina, ou seja, em menos de quatro dias, geraria uma economia de cerca de R\$ 90 milhões de reais em custos, 3.882 vidas salvas e geração extra de 3.129,56 anos de vida ajustados pela qualidade (*quality-adjusted life-years* – QALY).

O estudo citado anteriormente destaca ainda que os custos relacionados ao tratamento cirúrgico da fratura do fêmur no idoso no Brasil apresentam diferenças metodológicas de coleta e variações no ponto de vista utilizado, gerando distorções dos resultados e variando desde R\$1.700,00 reais, em um trabalho que utilizou o rateio dos custos do SUS por paciente, até R\$24.000,00

reais, em que os custos colhidos se relacionavam exclusivamente a operadoras de saúde (GUERRA, 2017).

Tendo em vista o crescente processo de envelhecimento populacional e com ele os riscos de quedas e, conseqüentemente, o de fraturas, bem como os elevados custos aos serviços de saúde, há que se considerar a necessidade de implementação de políticas públicas e planejamento em saúde para que as equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família possam suprir as demandas decorrentes dessa mudança de perfil populacional.

Por fim, as principais limitações do estudo foram as informações extraídas de dados disponíveis nos websites dos órgãos públicos, tais como IBGE, ANS, OMS e Ministério da Saúde, que, na grande maioria, foram baseados em estimativas e podem interferir na precisão dos resultados. Outra limitação se deu com a análise dos custos, pois a ausência de dados do tipo tempo para a realização da cirurgia, comorbidades existentes e período de internação em UTI são determinantes para este tipo de avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o país tem um importante percentual de idosos, que será crescente nos próximos anos, demandando serviços públicos especializados que serão reflexo do planejamento e das prioridades atuais das políticas públicas para as pessoas idosas. É, portanto, imprescindível que essas políticas tenham intervenções integradas, as quais devam assegurar o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Os achados deste estudo demonstram a magnitude da temática e a necessidade de implementação e execução de políticas de saúde da pessoa idosa e planejamento de ações que possibilitem os serviços de saúde, a organização do processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde em relação ao cuidado ofertado aos idosos, bem como a conscientização dos profissionais que atendem a esse público para a importância de ações de prevenção e promoção à saúde.

Evidenciou-se, a partir dos resultados, a necessidade de um planejamento da assistência hospitalar para diminuir o tempo de espera pré-cirúrgica e de permanência hospitalar, minimizando a morbimortalidade.

Verificou-se também que a atuação dos profissionais da Atenção Básica é fundamental para evitar o aumento do número de idosos com fraturas por consequência de queda, para tanto é primordial a identificação precoce dos riscos intrínsecos e extrínsecos, categorização desses idosos quanto ao risco de fragilidade e dependência e a elaboração efetiva de um programa de prevenção de quedas na comunidade.

O processo de envelhecimento coloca a rede de saúde em constantes mudanças, já que os desafios de envelhecer com saúde geram demandas específicas para essa faixa etária, colocando em prioridade a longevidade saudável.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. L. M. *et al.* Epidemiologia das fraturas em pacientes do interior do Ceará tratadas pelo SUS. **Acta Ortop. Bras.**, v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aob/v20n2/a01v20n2.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

ARNDT, A. B. M.; TELLES, J. L.; KOWALSKI, S. C. O custo direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no setor privado de saúde na cidade de Brasília. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 2, p. 221-31, 2011.

BORTOLON, P. C.; ANDRADE, C. L. T.; ANDRADE, C. A. F. O perfil das internações do SUS para fratura osteoporótica de fêmur em idosos no Brasil: uma descrição do triênio 2006-2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 733-42, 2011.

CORDEY, J.; SCHNEIDER, M.; BÜHLER, M. The epidemiology of fractures of the proximal femur. **Injury**, n. 31, p. 56-61, 2000.

CÔRTE, B.; MEDEIROS, S. A. R. A heterogeneidade da velhice. **Kairós**, n. 12, p. 13-9, 2009.

DEGANI, G. C. *et al.* Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 5, p. 759-65, 2014.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Plano Fortaleza 2040**: vida comunitária, acolhimento e bem-estar. Fortaleza, 2016.

FUCHS, L. *et al.* ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients. **Intensive Care Med.**, v. 38, n. 10, p. 1654-61, 2012.

GUERRA, M. T. E. Mortalidade em um ano de pacientes idosos com fratura do quadril tratados cirurgicamente num hospital do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ortop.**, v. 52, n. 1, p. 1-6, 2017.
Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v52n1/pt_1982-4378-rbort-52-01-00017.pdf. Acesso em: 25 set. 2019.

GUPTA, A. The effectiveness of geriatrician-led comprehensive hip fracture collaborative care in a new acute hip unit based in a general hospital setting in the UK. **J. Royal College of Physicians of Edinburgh**, v. 44, n. 1, p. 20-6, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Evolução dos Grupos Etários 2000-2030. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 25 out. 2019.

IP, T. P.; LEUNG, J.; KUNG, A. W. C. Management of osteoporosis in patients hospitalized for hip fractures. **Osteoporos. Int.**, v. 21, n. 4, p. 605-14, 2010.

LOURES, F. B. *et al.* Custo-efetividade do tratamento cirúrgico da fratura do quadril em idosos no Brasil. **Rev. Bras. Ortop.**, v. 50, n. 1, p. 1-5, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v50n1/pt_0102-3616-rbort-50-01-00038.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

LOURES, M. A. R. *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da osteoporose em homens. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 57, n. 2, p. 1-6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000800009&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 25 out. 2019.

LUSTENBERGER, T.; INABA, K.; SCHNÜRIGER, B. Impact of advanced age on outcomes following damage control interventions for trauma. **World J. Surg.**, n. 36, p. 208-15, 2012.

MAGAZINER, J. *et al.* Recovery from hip fracture in eight areas of function. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, v. 55, n. 9, p. 498-507, 2000.

MESQUITA, G. V. *et al.* Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 67-73, 2009.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, n. 19, p. 507-19, 2016.

RUBIN, L. Social determinants of health. *In*: RUBIN, L.; MERRICK, J.; GREYDANUS, D. E.; PATEL, D. R. (Orgs.). **Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan**. Suíça: Springer, 2016. p. 1919-32.

TURRENTINE, F. E.; WANG, H.; SIMPSON, V. B.; JONES, R. S. Surgical risks factors. Morbidity and mortality in elderly patients. **J. Am. Coll. Surg.**, n. 6, p. 865-77, 2006.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO E AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

*Jéssica Lima Benevides
Marcela Ariadne Braga Tomé
Neiva Francenely Cunha Vieira
Mariana Sales Bastos
Camila Freitas Andrade
Fabiane do Amaral Gubert*

INTRODUÇÃO

Diante da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) nas Américas e, particularmente, no Brasil, tornou-se necessária uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade do cuidado integral promovido na Atenção Primária, bem como a atuação dos profissionais, principalmente no que tange às características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde, e que forneçam evidências que apoiem as ações de enfermeiros frente às políticas de saúde (HARZHEIM *et al.*, 2013).

Nesse sentido, desde 2013, a Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) vêm destacando junto à comunidade mundial a importância de ampliar o papel dos enfermeiros, no primeiro nível de atenção, como profissionais de prática avançada (PAHO, 2018). Nesta ótica, destaca-se a campanha mundial *Nursing Now* desde 2018, com culminância em 2020, que tem entre seus objetivos e metas a melhoria da saúde mundial por meio do trabalho conjunto entre enfermeiros e

sociedade a partir de experiências exitosas vividas no dia a dia de pacientes, cidadãos e profissionais de saúde, visando a um cuidado integral.

No que se refere ao primeiro nível de atenção, ou porta preferencial de entrada aos serviços de saúde, destaca-se o instrumento o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (SHI *et al.*, 2001), que permite avaliar a extensão dos atributos essenciais que devem permear o cuidado integral (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural). Esses atributos permitem avaliar se a assistência é prestada de forma adequada e, por isso, os profissionais de saúde devem pautar suas práticas baseando-se em seus resultados.

Dentre as práticas exitosas do enfermeiro, por exemplo, destaca-se a consulta de enfermagem em puericultura, a qual é um recurso da APS capaz de promover mudanças individuais e coletivas na saúde infantil. No entanto, para que seja prática avançada, deve ser realizada a partir de formação profissional adequada para assegurar um exercício profissional competente, ou seja, com conhecimentos, habilidades e atitudes para traduzir a teoria e pesquisa, em ação efetiva, ponto fundamental para o futuro crescimento e desenvolvimento da profissão (OLIVEIRA *et al.*, 2013; BATTEL-KIRK; BARRY, 2009).

Com o crescimento das políticas públicas na área de liderança e valorização da enfermagem como a *Nursing Now*, faz-se necessária a reflexão acerca do desenvolvimento de competências para os profissionais da área com destaque para a promoção da saúde (SOBRAL *et al.*, 2018).

Essa ação para a valorização da profissão tem influência indireta de outros movimentos internacionais, tais como a *Galway Consensus Conference*, na Irlanda, em 2008, a qual foi organizada em parceria com a *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), a *Society for Public Health Education* (SO-PHE), o *Centers for Disease Control* (CDC) e com lideranças da área de enfermagem (ALLEGGRANTE *et al.*, 2009).

Esse movimento internacional suscitou o projeto *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe* (CompHP), em que foram propostos nove principais domínios para o alcance de uma prática exitosa em promoção da saúde e que representam 47 competências para os profissionais de saúde. Os domínios são: Ativar Mudança, Advogar pela saúde, Parceria, Comunicação, Liderança, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação e Pesquisa. Ao todo, representam uma direção para a liderança e aquisição de habilidade e desenvolvimento de estratégias de sucesso que podem ser empregadas para o enfermeiro na perspectiva da promoção da saúde (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Esses domínios estão associados aos pressupostos do MoEstudos, e no Brasil já se tem utilizado esse referencial para produzir conhecimento na área de competências para a atuação dos profissionais de saúde na área de saúde do adulto e doenças crônicas, sendo escassas as publicações que envolvem a população infantil (CESTARI *et al.*, 2016). É nesse contexto que este estudo tem relevância para as práticas mais efetivas de enfermagem no contexto da saúde integral da criança, pois, ao valorizar a percepção dos usuários dos serviços, é possível aprimorar a prática e alcançarmos qualidade na assistência.

Além disso, os desfechos negativos de saúde infantil como a diarreia, pneumonia e asma, os quais são indicadores indiretos da avaliação dos serviços de saúde, sinalizam possíveis desigualdades em investimentos, principalmente na Atenção Primária, permitindo refletirmos sobre a práxis de enfermagem. Assim, o estudo teve o objetivo de identificar as competências de enfermagem, à luz da promoção da saúde, na percepção de cuidadores de crianças hospitalizadas, com vistas a refletir o cuidado integral recebido na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo transversal, realizado em dois hospitais pediátricos: um de atenção secundária e outro de atenção terciária, em uma capital do Nordeste brasileiro. A cidade possui população local estimada em 2.452.185 habitantes, sendo 135.498 crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado alto (0,754), porém caracterizado pela desigualdade social e econômica.

A população foi composta pelos principais cuidadores de crianças entre zero a cinco anos, em internação hospitalar por diagnóstico de diarreia, pneumonia e asma, doenças que compõem o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que são um conjunto de doenças evitáveis que, no Brasil, foram estabelecidas na Classificação Internacional de Doenças – CID-1. Foram consideradas aquelas que tenham recebido atendimento na APS nos 12 meses que antecederam a coleta. Os CID selecionados foram os três mais prevalentes nessa faixa etária (0-5 anos) (MOURA *et al.*, 2010).

O cálculo definiu um tamanho da amostra de 120 crianças, considerando-se um erro amostral de 8% e nível de confiança de 95%, admitindo-se uma prevalência de 50% do evento estudado. Realizou-se amostragem não probabilística por conveniência (consecutiva).

A coleta de dados foi realizada utilizando um instrumento denominado PCATool-Brasil, já validado no Brasil, o qual conta com 55 itens divididos em dez diferentes elementos. O PCATool-infantil permite medir a presença e extensão dos atributos dos profissionais ou serviços de Atenção Primária às crianças e o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde. A entrevista foi realizada em local privativo, com o principal cuidador (HARZHEIM *et al.*, 2013).

No que se refere à análise da competência em promoção da saúde para entender as possibilidades de mudanças na prática assistencial no contexto de estudo, estas foram analisadas com base nos nove domínios listados no CompHP (Ativar mudanças, Advogar pela saúde, Parceria, Comunicação, Liderança, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação e Pesquisa), utilizados como referencial teórico para avaliar a adequação do profissional enfermeiro da APS quanto à aquisição dessas competências específicas. Sendo assim, foi feita a análise semântica dos itens do PCATool-infantil com as competências listadas no CompHP.

Após realizadas as devidas correspondências entre os itens do PCATool-infantil e as Competências para Promoção da Saúde (CPS), foi utilizada a média dos escores brutos de cada item do referido instrumento, obtida mediante percepção dos cuidadores; assim, obteve-se o escore médio de cada competência. Os escores

brutos maiores ou iguais a 3 na escala de Likert foram considerados adequados para a APS, conforme orientações do manual para PCATool do próprio Ministério da Saúde (OLIVEIRA, 2007).

O processamento e análise dos dados foram realizados inicialmente por meio da criação de um questionário na ferramenta Google Drive®, o qual exporta automaticamente o banco de dados para o Microsoft Office Excel®. Em seguida, foram transcritos para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20. Foi realizada análise descritiva de tabelas e gráficos e discutida de acordo com o referencial das competências de promoção da saúde.

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o número de parecer 1.292.581.

RESULTADOS

Foram entrevistados 120 cuidadores, destes, a maioria eram mães, sendo a faixa etária predominante de 14 a 23 anos (38,3%). A maioria residia em bairros com Índices de Desenvolvimento Humano considerados baixos (38 – 31,7%). Em relação à escolaridade, 72 (70%) concluíram o ensino fundamental. Dentre os respondentes, 85 (70,8%) eram casados ou mantinham união estável e 70 (58,3%) tinham como ocupação o lar.

Observou-se prevalência de famílias compostas por dois a quatro membros (68 – 56,7%). E possuíam benefício do Programa Social do Governo Federal, o Bolsa Família, (75 – 62,5%). A renda familiar era de apenas um salário mínimo em 62 dos entrevistados (51,7%); e, em 61 (50,8%), as residências possuíam de três a cinco cômodos.

A Tabela 1 apresenta os escores brutos (1 a 4) – escala de *Likert* – das competências do CompHP, segundo a avaliação pelos atributos da APS e seus itens correspondentes no PCATool – versão criança –, assim como a representação de cada item do referido instrumento, ilustrando com o tipo de pergunta feita para o cuidador, como forma de visualizar o aspecto incluído como correspondente a cada competência. Nota-se que os maiores escores constaram para a competência “Advogar pela Saúde” (3.39), “Comunicação” (2.97) e “Liderança” (2.72); porém, apenas o primeiro caracteriza-se como satisfatório (>3). Assim como os menores escores brutos referem-se a “Diagnóstico” (2.15), “Implementação” (2.11) e “Planejamento” (1.56), sendo essa última competência a com pior desempenho.

Tabela 1 – Valores dos escores brutos (0 – 4) por competências do CompHP de acordo com os itens e atributos da APS correspondentes no instrumento PCATool. Fortaleza, Ceará, fev./jun., 2017.

Competências para a promoção da saúde	Sessão correspondentes ao PCATool		Escore PCA-Tool
ATIVAR MUDANÇA Permitir que indivíduos, grupos, comunidades e organizações criem capacidade para ações de promoção da saúde para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades na saúde.	INTEGRALIDADE SERVIÇOS PRESTADOS (H) - Orientações para manter a criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado. Como guardar medicamentos com segurança. Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	-	2.29

ADVOGAR PELA SAÚDE	GRAU DE AFILIAÇÃO (A):	3.39
<p>Advogar com e em nome de indivíduos, grupos, comunidades e organizações para melhorar a saúde e o bem-estar e criar capacidade para ações de promoção da saúde.</p>	<p>“Há um enfermeiro para o qual você geralmente leva a criança quando ele(a) está doente ou quando precisa de algum conselho sobre a saúde dele(a)?” “Há um enfermeiro que conhece melhor a criança como pessoa?” - “Há um enfermeiro que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança?”</p>	
PARCERIA	COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS (E)	2.39
<p>Trabalhar em colaboração entre disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde.</p>	<p>Refere-se a sistema de Referência e Contrarreferência, onde o profissional da APS encaminha pacientes para outros serviços de diferentes níveis de complexidade.</p>	
COMUNICAÇÃO	LONGITUDINALIDADE (D):	2.95
<p>Comunicar eficazmente as ações de Promoção da Saúde, utilizando técnicas e tecnologias apropriadas para públicos diversos.</p>	<p>- O “enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta? - O “enfermeiro” responde suas perguntas de maneira simples?</p>	
	COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES (F):	
	<p>- Quando você leva sua criança no “enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?</p>	
LIDERANÇA	ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (J)	2.72
<p>Contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direção estratégica para ações de promoção da saúde.</p>	<p>- O “enfermeiro” faz visitas domiciliares? - O “enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?</p>	

DIAGNÓSTICO	ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE (C)	2.15
Conduzir avaliação de necessidades e recursos em parceria com as partes interessadas, no contexto dos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que promovam ou comprometam a saúde.	<p>- Quando o “<i>enfermeiro</i>” está disponível e sua criança fica doente, você é atendido no mesmo dia?</p> <p>- É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (“consulta de rotina”) com o(a) “<i>enfermeiro</i>”?</p> <p>LONGITUDINALIDADE (D)</p> <p>- O “<i>enfermeiro</i>” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?</p> <p>- O “<i>enfermeiro</i>” sabe a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?</p>	
PLANEJAMENTO	LONGITUDINALIDADE (D)	1.56
Desenvolver metas e objetivos de promoção da saúde mensuráveis com base na avaliação de necessidades e ativos em parceria com as partes interessadas.	<p>- Você acha que o(a) “<i>enfermeiro</i>” conhece sua família muito bem?</p> <p>- O(a) “<i>enfermeiro</i>” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?</p>	

<p>IMPLEMENTAÇÃO</p> <p>Implementar ações eficazes e eficientes, culturalmente sensíveis e éticas de promoção da saúde em parceria com as partes interessadas.</p>	<p>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO (B)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quando sua criança necessita de uma consulta de rotina, você vai ao seu “<i>enfermeiro</i>” antes de ir a outro serviço de saúde? - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “<i>enfermeiro</i>” antes de ir a outro serviço de saúde? <p>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE (C)</p> <ul style="list-style-type: none"> - É difícil para você conseguir atendimento para sua criança com o “<i>enfermeiro</i>” quando você pensa que é necessário? - Quando o “<i>enfermeiro</i>” está disponível, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? 	<p>2.11</p>
<p>AVALIAÇÃO E PESQUISA</p> <p>Use métodos adequados de avaliação e pesquisa, em parceria com as partes interessadas, para determinar o alcance, impacto e eficácia das ações de promoção da saúde.</p>	<p>ORIENTAÇÃO FAMILIAR (I):</p> <ul style="list-style-type: none"> - O profissional questiona sua opinião sobre o tratamento da criança; - O profissional se reuniria com sua família se fosse necessário; <p>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (J)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)? 	<p>2.50</p>

Em relação a “Advogar pela Saúde”, competência considerada satisfatória, tem-se como atributo da APS correspondente o grau de afiliação. Tal atributo aborda aspectos relativos à responsabilização do profissional enfermeiro pela manutenção da saúde

da criança e sua família, abordando itens como “Há um enfermeiro que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança?”, corroborando o sentido da competência pontuada.

Seguindo em ordem decrescente de escores brutos, tem-se a competência “Comunicação”, a qual se aproximou muito de obter avaliação satisfatória por meio da pontuação obtida em alguns itens dos atributos Longitudinalidade e Coordenação – Sistema de informação. O primeiro, quando aborda se o enfermeiro consegue fazer-se entender e deixar o usuário à vontade para expor suas dúvidas, por meio de itens como “O enfermeiro responde suas perguntas de maneira simples?”. O segundo remete a aspectos de registros e prontuários. Ambos os atributos, por meio dos itens selecionados, abordam características relevantes para compor a competência referida, sendo possível avaliá-la por meio destes.

Algumas competências foram avaliadas com escores excessivamente insatisfatórios. A principal delas foi a competência “Planejamento”, que contou com alguns itens do atributo Longitudinalidade para compor sua avaliação, quando aborda aspectos referentes à proximidade e conhecimento do profissional sobre as necessidades das crianças e suas famílias, como exemplificado no item “O ‘enfermeiro’ sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?”. Aspectos imprescindíveis para ser um profissional que age baseado em planejamentos fidedignos à realidade da comunidade, compondo o perfil de um enfermeiro promotor de saúde.

A competência “Implementação” apresentou-se como o segundo escore insatisfatório.

Avaliado por meio de itens dos atributos Acesso de pri-

meiro contato – Utilização e Acessibilidade. Tais atributos remetem a aspectos relacionados à logística de atendimento, como tempo de espera e disponibilidade do profissional, representados por itens como “Quando sua criança necessita de uma consulta de rotina, você vai ao seu ‘*enfermeiro*’ antes de ir a outro serviço de saúde?”; ou ainda “Quando você chega na UAPS, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança se consulte com o ‘*enfermeiro*’ (sem contar triagem ou acolhimento)?”.

Com escores também insatisfatórios, porém medianos dentro da avaliação pontual realizada neste estudo, verifica-se, em ordem decrescente, “Liderança” (2.72), “Avaliação e Pesquisa” (2.5), “Mediar através de parcerias” (2.39), “Ativar Mudança” (2.29) e “Diagnóstico” (2.15), respectivamente.

DISCUSSÃO

No que concerne às competências melhor avaliadas no estudo, tem-se primeiramente “Advogar pela Saúde”, a qual compreende a sensibilização de atores-chave e da opinião pública, bem como a reivindicação por políticas e procedimentos em prol da saúde dos sujeitos e promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Para advogar pela criança e sua família, o enfermeiro deve estar atento à rede complexa de fatores e conceitos combinados na prestação de cuidado de enfermagem. A literatura refere que advogar em prol do usuário confirma envolvimento social do profissional, quando este refere que pode honestamente defender determinado usuário (PAGLIUCA; MAIA, 2012).

Os achados revelam, na opinião dos cuidadores de crianças de até cinco anos, algumas competências consideradas essenciais para que o enfermeiro evite desfechos de saúde indesejados, os quais poderiam ser evitados se os profissionais e equipe de saúde fossem capacitados desde o início da formação acadêmica (SHILTON *et al.*, 2008). A graduação é considerada um locus privilegiado para a formação com vistas à promoção da saúde baseada em competências (MOONEY; TIMMINS; BYRNE; CORROON, 2011).

Há evidências que sinalizam que a prática social esboça certa superação do modelo de atenção hegemônico, que desconsidera o contexto e o sujeito, consolidando a promoção da saúde como uma prática importante, aprendida de forma integrada ao longo do processo de formação (NETTO; SILVA; RUA, 2016).

No que se refere à competência “Comunicação”, esta alcançou a segunda melhor avaliação, sendo aspecto de extrema relevância na temática explorada, visto que o enfermeiro da APS exerce papel fundamental em comunicar no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, sempre retomando aspectos na evolução da criança à medida que ocorre o processo de maturação de órgãos/sistemas corporais. Por meio do aprimoramento dessa competência, realizam orientações sobre alimentação complementar, sinais de desnutrição e qualidade/quantidade de alimentos e, também, diálogos/interação entre mães e crianças no acompanhamento de habilidades motoras finas (MONTEIRO; ARAUJO; XIMENES; VIEIRA, 2014).

De acordo com Dempsey, Battel-Kirk e Barry (2011),

acerca da “Liderança”, a qual se refere à contribuição para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direção estratégica para ações de promoção da saúde ao investigar se os enfermeiros conhecem os problemas que são importantes para a comunidade e se realizam visitas domiciliares, alguns pontos precisam ser fortalecidos segundo os participantes. Nesse sentido, há evidências de que o ambiente em que se trabalha exerce influência sobre o líder; além disso, eles devem adequar-se às diferentes situações, entender a estratégia que está sendo implementada, bem como conhecer seus liderados e o contexto ao qual estão inseridos, permitindo a construção de meios para a (re)produção do seu trabalho (FARAH; DUTRA; SANHUDO; COSTA, 2017).

Já a competência “Avaliação/pesquisa” diz respeito à capacidade de o profissional determinar o alcance, a eficácia e o impacto dos programas de promoção da saúde e das políticas e ainda as barreiras para concretizar tal prática. Isso inclui a utilização adequada de métodos de avaliação e de pesquisa para apoiar melhorias no programa, a sustentabilidade e a divulgação, sendo indispensável para a atuação junto à comunidade e família. Entretanto, neste estudo, apresentou-se insatisfatória, porém mediana quando comparada às demais competências avaliadas (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

“Mediar através de parcerias” relaciona-se ao processo de trabalhar colaborativamente com diversas áreas de conhecimento, setores, entidades e atores sociais (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011). Há evidências de que essas parcerias se dão de maneira pontual, de acordo com as necessidades, como para executar ou auxiliar na realização de palestras, oficinas, avaliações clínicas

e antropométricas, ou para resolver problemas específicos que estão além da capacidade dos enfermeiros. Neste estudo, obteve-se avaliação insatisfatória dessa competência, e, corroborando isso, a literatura indica que a participação de parceiros na gestão, no planejamento, no monitoramento e na implementação não ocorre de forma significativa para que se caracterize a existência de alianças consolidadas, sinalizando a necessidade de novas alianças intra e intersetorial, principalmente com instituições de ensino superior (TUSSET; NOGUEIRA; ROCHA; REZENDE, 2015).

No que se refere a “Ativar mudança”, a avaliação também foi insatisfatória, representando grande impacto na atenção à saúde dessas crianças e suas famílias, pois essa competência trata de permitir que indivíduos, grupos, comunidades e organizações criem capacidade para ações de promoção da saúde para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades nesse âmbito (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011). Logo, o profissional que apresenta bom desenvolvimento dessa competência provavelmente oferece um cuidado consciente e duradouro, desenvolvendo autonomia dos usuários.

A literatura pertinente refere que variadas estratégias são aplicadas pelos enfermeiros com o intuito de incentivar escolhas saudáveis em saúde por meio de tecnologias e, até mesmo, pelo contato direto entre mãe e filho, podendo influenciar positivamente em mudança de comportamento, além de proporcionar o empoderamento das famílias, e, por conseguinte, a continuidade de ações de saúde (MONTEIRO; ARAUJO; XIMENES; VIEIRA, 2014).

Já a competência “Diagnóstico” também obteve escore in-

satisfatório, porém se enquadrando nos três mais mal avaliados neste estudo, traduzindo-se em conduzir avaliação de necessidades e recursos em parceria com as partes interessadas (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011). O enfermeiro atuante na atenção primária à criança inicialmente deve investigar determinantes sociais, econômicos e de saúde, na tentativa de realizar um diagnóstico situacional da família da criança e do meio onde ela se insere, para direcionar os cuidados previstos (MONTEIRO; ARAUJO; XIMENES; VIEIRA, 2014).

O “Diagnóstico” envolve, ainda, o acolhimento dos usuários de maneira respeitosa, com uma visão humana e empática, com avaliação de riscos e vulnerabilidades e hierarquização de prioridades de acordo com as necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais. Propondo-se, desse modo, a concretizar a missão da atenção primária de ser a porta de entrada do sistema, de lidar com a demanda espontânea e ampliar o acesso (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

Por fim, as competências menos expressivas nos profissionais deste estudo foram a “Implementação” e o “Planejamento”. Dados preocupantes, tamanha a relevância destas CPS para o seguimento satisfatório das ações implementadas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

A “Implementação” refere-se à capacidade de realizar ações em promoção da saúde de maneira eficaz, eficiente e sensível à cultura e à ética, como também garantir estratégias para alcançar o maior número possível de melhorias na saúde, incluindo a gestão dos recursos humanos e materiais. Sem esta, torna-se impossível uma boa atuação do profissional enfermeiro como

promotor de saúde. As ações em PS devem ser delineadas com base nas possibilidades e limitações da família, resgatando a necessidade de educá-la/ensiná-la para o autocuidado, na tentativa de torná-la corresponsável (empoderada) por suas decisões sobre a saúde (MONTEIRO; ARAUJO; XIMENES; VIEIRA, 2014).

Indo de encontro aos achados deste estudo, outros autores obtiveram resultados satisfatórios quanto à competência de “Implementação”, expressando o desenvolvimento de estratégias adequadas aos interesses de escolares do Programa de Saúde na Escola, e com a participação deles, utilizando oficinas, rodas de conversa, dinâmicas de grupo e palestras como principais estratégias (TUSSET; NOGUEIRA; ROCHA; REZENDE, 2015).

Por fim, planejar é a capacidade de estabelecer metas e objetivos mensuráveis em resposta à avaliação das necessidades e identificação de estratégias que são baseadas no conhecimento derivado de evidências teóricas e práticas (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011; FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

Em consonância com o presente estudo, outras experiências comprovam que o planejamento é um cenário crítico em PS na atenção à criança, no qual se reconhece a tentativa de realizar o planejamento, mas se percebem incipiências e lacunas em relação ao referencial teórico da PS, por exemplo. Ou, ainda, presença de dificuldades para visualizar o real potencial dos programas e a falta de capacidades apropriadas para realizar um planejamento estratégico (WHO, 1996).

O “Planejamento” requer a incorporação de um novo modelo assistencial, direcionado à comunidade e não ao modelo biomédico, que busque ações que se centrem na relação de confiança entre os profissionais e destes com as pessoas, com a família e com

a sociedade, promovendo o autocuidado, respeitando a dignidade das pessoas, solidarizando e apoiando o cidadão na tomada consciente de decisão, na tentativa de garantir o direito de responsabilidade individual sobre sua vida e sua saúde (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

Por fim, há evidências de que o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde se aprende fazendo, continuamente e cotidianamente. O enfermeiro com competências essenciais em promoção da saúde tem um papel importante para garantir o olhar integrado e a efetividade das ações do novo modelo, permitindo a reflexão sobre as práticas e contribuindo para o processo de mudança permanente (MONTEIRO; ARAUJO; XIMENES; VIEIRA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amplitude das competências, do enfermeiro, de promoção da saúde, na perspectiva dos cuidadores participantes do estudo, associada ao referencial CompHP, apresentou escore satisfatório com destaque para a competência “Advogar pela Saúde”, seguindo-se oportunamente da “Comunicação”.

No entanto, é alarmante a inadequação dos profissionais no que se refere às competências “Planejamento” e “Implementação”, sem as quais não é possível implementar uma assistência integral. É importante que a prática do enfermeiro se torne mais politizada, e iniciativas que incentivem a reflexão sobre a prática, como a Campanha *Nursing Now*, são essenciais para superar os constantes desafios que se apresentam para uma assistência

primária robusta e que atenda às reais necessidades da comunidade. Além disso, torna-se necessário enfatizar a importância da inserção do tema competências em promoção da saúde dentro da linguagem do profissional, desde sua formação acadêmica, para se tornar um conhecimento e prática arraigados à sua atuação, melhorando a disseminação de práticas de enfermagem efetivas e inovadoras.

Com base no exposto, destaca-se que os enfermeiros apresentam modesta atuação em promoção da saúde, principalmente no que se refere às competências essenciais, na perspectiva do cuidado integral à saúde da criança, segundo os cuidadores deste contexto de estudo. Os resultados evidenciam a importância de o enfermeiro utilizar um referencial teórico para melhorar a sua práxis, norteando suas ações no complexo processo de crescimento e desenvolvimento infantil, tendo em vista a vigente disparidade de conceitos, subcategorias e termos utilizados sobre tais fenômenos na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEGGRANTE, J. P. *et al.* Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: the galway consensus conference statement. **Health Educ. Behav.**, v. 36, n. 3, p. 476-482, 15 maio 2009.

BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. M. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. **Glob. Health Promot.**, v. 16, n. 2, p. 12-20, jul. 2009.

BENEVIDES, J. L. *et al.* Primary care features in child hospitalization: first-contact access and longitudinality. **Rev. Rene**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 27 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1195-1203, dez. 2016.

CRISP, N.; IRO, E. Nursing Now campaign: raising the status of nurses. **Lancet**, v. 391, n. 10124, p. 920-921, mar. 2018.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M. **The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook**. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), 2011.

FARAH, B. F.; DUTRA, H. S.; SANHUDO, N. F.; COSTA, L. M. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1638, 1 maio 2017.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 704-709, 2018.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 4, p. 667-674, ago. 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

HARZHEIM, E. *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: pcatool-brasil adultos. **Rev. Bras. Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-284, 8 nov. 2013.

MAGALHÃES, A. C. M. **Contra-hegemonia e legitimação no controle social na saúde: Avaliando os percursos e contradições do Conselho Regional de Saúde V em Fortaleza/CE**. 2008. 175 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

MONTEIRO, F. P. M.; ARAUJO, T. L.; XIMENES, L. B.; VIEIRA, N. F. C. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Ciencia y Enfermería**, v. 20, n. 1, p. 97-110, abr. 2014.

MOONEY, B.; TIMMINS, F.; BYRNE, G.; CORROON, A. M. Nursing students' attitudes to health promotion to: implications for teaching practice. **Nurse Education Today**, v. 31, n. 8, p. 841-848, nov. 2011.

MOURA, B. L. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 1, p. 83-91, nov. 2010.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. COMPETENCY BUILDING FOR HEALTH PROMOTION AND CHANGE IN THE CARE MODEL. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 1-7, nov. 2016.

OLIVEIRA, F. F. S. *et al.* Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Fortaleza**, v. 14, n. 4, p. 694-703, mar. 2013.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada.** 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PAGLIUCA, L. M. F.; MAIA, E. R. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, p. 849-855, out. 2012.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care.** Washington: PAHO, 2018.

PINHEIRO, D. G. M. *et al.* Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 180-188, mar. 2015.

SHI, L. *et al.* Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J. Family Prac.**, v. 50, p. 161-161, 2001.

SHILTON, T. *et al.* Potential uses of health promotion competencies. **Health Promot. J. Austr.**, Austrália, v. 19, n. 3, p. 184-188, dez. 2008.

SOBRAL, I. L. L. *et al.* Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as competências de promoção da saúde. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-12, jul. 2018.

SOUZA, R. S. *et al.* Pediatric health care: practice of nurses in the family health program. **Reme**, v. 17, n. 2, p. 331-339, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TUSSET, D.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R. Analysis of the health promotion competencies from the official document and the speeches of the actors that implement the Health School Program in Federal District. **Tempus, Actas Saúde Colet.**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 189-204, mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; GLOBAL SCHOOL HEALTH INITIATIVE. **Health Education and Promotion Unit**. Improving school health programmes: barriers and strategies. Geneva: WHO, 1996.

ABORDAGEM COLETIVA DO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA EM JOÃO PESSOA-PB

*Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes
Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas
Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos*

INTRODUÇÃO

O pré-natal consiste em um conjunto de ações que engloba a promoção à saúde da gestante e sua família, por meio da educação em saúde, do acolhimento, do vínculo de confiança e demais tecnologias de cuidado, buscando a autonomia da mulher para o seu autocuidado. Esse atendimento deve ser realizado integralmente e holisticamente, independentemente do ambiente, seja no domicílio, na Unidade de Saúde da Família (USF) ou no hospital (NASCIMENTO *et al.*, 2016). Nesse âmbito, insere-se a iniciativa do pré-natal coletivo (PNC), que busca a produção de um saber compartilhado entre diferentes pessoas, valorizando suas falas, conversas, experiências, ao contrário das abordagens prescritivas e verticalizadas, que muitas vezes têm marcado o cuidado em saúde.

A abordagem do PNC envolve a promoção da saúde e prevenção de agravos e configura-se em um espaço para a escuta e diálogo entre gestantes e profissionais, possibilitando a formação de vínculos (das gestantes entre si e com as equipes de saúde) e favorecendo a resolubilidade das situações de saúde e demandas pelas gestantes. Ainda, consiste de um recurso pautado na assistên-

cia humanizada, que reconhece os saberes prévios das mulheres, por meio da partilha de conhecimentos populares e científicos, e também das experiências vivenciadas (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2008).

Essa abordagem trata-se de um modelo inovador, no qual, em grupo, busca-se o envolvimento das mulheres no autocuidado, mediante temas definidos a partir dos interesses específicos das participantes. Nesse contexto, os profissionais são agentes facilitadores na promoção do cuidado da saúde (ADAJI *et al.*, 2019).

O PNC tem demonstrado evidências promissoras na redução do nascimento prematuro e, conseqüentemente, reduz custos em relação às hospitalizações, às internações nas Unidades de Terapias Intensivas (UTI) (CUNNINGHAM *et al.*, 2019; CROCKETT *et al.*, 2017). Além disso, também pode contribuir para o enfrentamento da violência obstétrica, bem como buscar o fortalecimento da mulher e do seu companheiro para assegurar seu direito de escolha sobre o tipo de parto, a assistência prestada no parto e as condutas na gravidez, parto e pós-parto, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que defende a incorporação de práticas acolhedoras e favoráveis ao protagonismo feminino, em especial no decorrer do parto (BRASIL, 2012a).

Um dos diferenciais do PNC em relação à consulta individual consiste na superação do modelo clínico, centrado na investigação de doenças, em direção à compreensão abrangente da gestação como uma fase da vida sexual e reprodutiva das mulheres. Ademais, tende a promover também o empoderamento da mulher quanto ao conhecimento em relação ao seu corpo, à gestação, mudanças esperadas e possíveis, à sexualidade e aos aspectos

tos relacionados ao processo do nascimento, com ênfase no seu protagonismo e autonomia no ciclo gravídico-puerperal, além de promover a apropriação das mulheres sobre direitos constitucionais e trabalhistas, a exemplo da lei do acompanhante e da licença maternidade e paternidade. Portanto, pressupõe-se que o pré-natal coletivo se configura como uma estratégia que ultrapassa a assistência de cunho técnico e alcança a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e para além dele.

Entretanto, considerando que as experiências ligadas às iniciativas do PNC ainda têm sido incipientes no Brasil, há poucos estudos na literatura envolvendo esse recurso. Nessa perspectiva, a partir desses antecedentes, o pré-natal coletivo foi implantado no início de 2018, em uma USF de João Pessoa-PB. Tal ação apoiou-se no referencial da experiência relatada por Penna e colaboradores (2008) e resultou na dissertação de mestrado profissional intitulada “Pré-Natal Coletivo: uma análise crítica a partir da percepção das mulheres na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB”, da qual o presente capítulo foi extraído e visa evidenciar as potencialidades e fragilidades do pré-natal coletivo na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município supracitado.

Entende-se que os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a reorientação dos processos de trabalho ligados à assistência à mulher e família no pré-natal na Atenção Básica à Saúde, ESF, visto que essa instância corresponde ao primeiro nível da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, a produção de conhecimentos sobre essa iniciativa poderá fortalecer as redes de apoio à maternagem, favo-

recendo o empoderamento das mulheres e a reflexão das equipes de saúde sobre as diferentes visões de mundo das pessoas envolvidas na atenção à mulher, no tocante à promoção e ao fortalecimento dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

MÉTODOS

Pesquisa de natureza qualitativa, de cunho exploratório e que utilizou o recurso metodológico da pesquisa-ação. Optou-se por esse recurso por agregar vários métodos ou técnicas de pesquisa social, com os quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa ao nível de captação de informação (THIOLLENT, 2011), produzindo mudanças e aprendizagem dos que estão diretamente envolvidos no processo, para uma melhor compreensão do objeto e objetivo a ser pesquisado.

O cenário do estudo consistiu de uma USF localizada no município de João Pessoa, Paraíba, cuja Rede de Atenção Básica estrutura-se a partir de 203 equipes da ESF, vinculadas a cinco Distritos Sanitários. Foram incluídas dez gestantes envolvidas no PNC dessa USF, conforme os seguintes critérios de inclusão: ter participado de pelo menos três consultas do pré-natal coletivo, ter no mínimo 18 anos na ocasião da coleta de dados e aceitar participar da pesquisa.

O PNC organiza-se em quatro momentos: o acolhimento e escuta inicial das gestantes, a roda de conversa e troca de saberes, o exame físico em roda e a escuta final. O primeiro atendimento é individual e, em seguida, as gestantes são convidadas a participar das consultas coletivas. Os espaços individuais continuam sendo valorizados, pois permitem a oferta de uma escuta voltada

às questões de ordem privada da gestante, favorecendo o vínculo entre o profissional e a mulher.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2019 pela autora principal deste capítulo, a qual vem atuando como enfermeira no cenário do estudo e acompanhando o processo de implantação do PNC. O material empírico foi produzido por dois tipos de procedimentos: a entrevista semiestruturada e a observação-participante. As entrevistas foram guiadas por um roteiro com questões relativas às vivências das gestantes no PNC e realizadas nos seus domicílios, em dias e horários previamente agendados, mediante disponibilidade delas, em ambiente protegido de interferências externas, de forma a assegurar a privacidade das entrevistadas.

Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), na modalidade temática (MINAYO, 2014). Nessa perspectiva, inicialmente foi realizada a leitura do material empírico e, em seguida, ocorreu a sua exploração com a elaboração da síntese interpretativa sobre as potencialidades e fragilidades do pré-natal coletivo na ESE, à luz dos objetivos do estudo e da literatura. Ressalta-se que foram cumpridos os critérios estabelecidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013a). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde/UFPB, com parecer número 3.064.212 e CAAE 02664318.0.0000.5188. A fim de preservar a o anonimato das participantes, foi utilizado o codificador “G” para gestante, seguido da numeração de acordo com a ordem da entrevista (G1 a G10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa dez gestantes, seis incluem-se na faixa etária de 20 a 29 anos e quatro estão inseridas no grupo de 30 a 40 anos. No tocante à escolaridade, quatro gestantes tinham o ensino médio incompleto, cinco com o ensino médio completo e uma com o ensino superior completo. Em relação ao número de filhos, predominaram as primigestas. Quanto à evolução gestacional, apenas duas gestantes estavam no segundo trimestre, e as demais encontravam-se no terceiro trimestre.

O pré-natal coletivo e seus recursos

Dentre as potencialidades do PNC, o atendimento em grupo ancorado na educação popular em saúde, com ênfase em medidas de prevenção e promoção da saúde sem desconsiderar o acompanhamento clínico, favoreceu o vínculo terapêutico entre a equipe de saúde e as usuárias e a construção de vínculos entre as mulheres participantes, o que permitiu a troca de saberes de forma criativa e eficaz, oportunizando o acolhimento e a transformação de dimensões da realidade das pessoas envolvidas. Por outro lado, as atividades em grupo inseridas nas consultas não se restringem apenas ao profissional médico e enfermeiro. Assim, transformando as consultas em um espaço que faça sentido para as mulheres e tornando-as uma rede de apoio.

*[...] eu me sinto apoiada, não estou sozinha
[...] (G2).*

[...] é um momento muito rico, ajuda aliviar a ansiedade, as dúvidas que eu tenho, e que ajuda muito (G2).

[...] tem a participação de outros profissionais como a dentista, agente de saúde, que contribuem também com as suas experiências [...] (G3).

Cumprе realçar a necessidade de que a equipe de saúde envolvida no processo conheça as singularidades de cada gestante do grupo, considerando as suas demandas psicológicas, emocionais e espirituais. De modo que haja a construção coletiva de saberes que tenham significado para as mulheres e, assim, a consulta do pré-natal passa a imprimir um sentido de completude.

Nesse contexto, também se considera importante atentar para as particularidades de cada mulher e para a necessidade de ter seu momento com o profissional. Sendo assim, a construção do vínculo com os profissionais contribui para que a mulher se sinta mais acolhida pelo grupo. Por outro lado, o apoio e experiências significativas, de outras gestantes, tornam a mulher mais confortável para expor seus anseios e questionamentos, bem como para compreender que os processos que lhe ocorrem são comuns ao processo de gestar, desconstruindo o estranhamento e se aproximando do autoacolhimento de suas necessidades, como descreveu G2 ao narrar que não se sente sozinha e no tocante à ansiedade.

A participação de diferentes profissionais na condução do PNC, como dentista, técnica de saúde bucal, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, proporcionou satisfação às

mulheres, visto que conseguem abordar temáticas que contemplam diversas dimensões do cuidado. Portanto, a atuação interprofissional tende a otimizar as ações, agregando práticas colaborativas ao processo grupal.

A interprofissionalidade refere-se ao trabalho em equipe, com foco nos usuários, nas suas necessidades de saúde, a partir de diferentes profissionais (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Nessa perspectiva, a colaboração interprofissional tem sido apontada como uma estratégia inovadora, na qualidade dos vínculos, na produção do cuidado ampliado, efetivo, contribuindo para qualificar a assistência do pré-natal. E, com isso, desempenha um papel importante para o enfrentamento de problemas do modelo de atenção e para o empoderamento das mulheres no âmbito das estratégias de promoção à saúde (FAQUIM, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2019).

O envolvimento de diferentes profissionais da saúde na assistência à gestante, ancorado numa escuta atenta e qualificada, valoriza o respeito e empatia quanto às suas necessidades. Tais abordagens e práticas estimulam a autonomia das mulheres, favorecendo o seu protagonismo no processo de cuidado, pois elas se sentem acolhidas pela equipe de saúde na sua unidade de referência (SANTOS *et al.*, 2018).

Além disso, o PNC proporciona um espaço dialógico para a reflexão de temáticas que, muitas vezes, não são contempladas nos atendimentos individuais e/ou grupos mais tradicionais, nos quais esses assuntos, quando são abordados, geralmente não são discutidos com o mesmo aprofundamento, reflexões e espaço de tempo. No tocante à experiência vivenciada neste estudo, o refe-

rencial da educação popular configura-se como um dos seus pilares. Assim, as narrativas das participantes são estimuladas a partir de um lugar de saber e de partilhar as vivências e percepções.

As atividades educativas em grupo constituem um importante recurso nas trocas de experiências e na construção coletiva do conhecimento, contribuindo para o empoderamento da mulher em relação aos seus direitos, principalmente no processo de parturição. Ademais, facilita os aprendizados de todos os envolvidos com ênfase na valorização dos diversos saberes compartilhados (TEIXEIRA *et al.*, 2017). Assim, o grupo consiste em um espaço dinâmico, que promove ações de saúde participativas e transformadoras, objetivando a promoção da saúde integral no ciclo gravídico-puerperal e no cuidado da criança (HENRIQUES *et al.*, 2015; PIRES *et al.*, 2015).

Conforme os relatos das mulheres desta pesquisa, percebe-se que o PNC, por ser realizado em grupo e baseado na educação popular, torna-se uma abordagem que viabiliza a manifestação de diversos sentimentos vivenciados na gestação. Tal fato contribui para a construção de um saber coletivo, visto que cada gestante aponta sua necessidade, fomentando a aproximação entre essas mulheres, que também se reconhecem no lugar da outra.

Os depoimentos também evidenciam que iniciativas em grupo, inseridas na consulta do pré-natal, consistem de uma alternativa que amplia o acesso das mulheres trabalhadoras que exercem alguma atividade laboral fora de casa, permitindo que conciliem a sua jornada de trabalho com o cuidado no âmbito dos serviços de saúde.

Esse momento do grupo nas consultas é a oportunidade de eu poder participar. No meu tra-

balho, que estou há poucos meses, não é fácil estar saindo, só para a consulta do pré-natal, e como está acontecendo no mesmo horário da consulta, fica mais fácil a minha participação (G5).

E achei muito bom porque essas reuniões são no mesmo dia da minha consulta do pré-natal. Eu trabalho dois horários e ficaria muito difícil sair outro dia só para participar do grupo (G7).

Para essas mulheres, mais do que possibilitar acessibilidade e cuidado técnico, o PNC também fortalece a promoção do cuidado compartilhado na construção de um saber coletivo. Essa estratégia, que transcende a técnica e a consulta individual com o médico ou o enfermeiro, propicia que elas possam se preparar para a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério.

Esse contexto destaca a potência do PNC, na medida em que, sobretudo as mulheres trabalhadoras, que, geralmente, têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde, conseguem usufruir de um cuidado integral envolvido no processo gravídico-puerperal, binômio mãe-filho, que o modelo tradicional geralmente não contempla. Dessa forma, a consulta do pré-natal em grupo tende a favorecer a adesão dessas mulheres às ações e cuidados, fomentando o acesso ao serviço de saúde.

A consulta coletiva no pré-natal apresenta-se com outro enfoque de assistência humanizada, trazendo a mulher para o protagonismo no âmbito do cuidado, propiciando compartilhamento de saberes e construção mútua tanto para as mulheres como para os profissionais de saúde, com ênfase nas suas angústias, desejos

e necessidades (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2008). Nessa esfera, os profissionais atuam como colaboradores desse processo, construindo novos saberes e ofertando um atendimento ampliado, enfatizando o esclarecimento de dúvidas, a compreensão de sentimentos e as necessidades das gestantes. Além disso, viabiliza-se uma relação de horizontalidade entre mulheres e profissionais, na qual elas exercem o direito de escolherem as temáticas que fazem sentido para o seu processo gravídico. Há, portanto, a oportunidade do desenvolvimento de processos educativos, como uma dimensão importante no contexto do cuidado integral em saúde.

Algumas fragilidades no âmbito da realização do pré-natal coletivo

Por ser, sobretudo, uma abordagem recente, que ainda está em processo de construção, o PNC apresenta algumas fragilidades e desafios. Este estudo evidenciou algumas dessas limitações, ligadas ao espaço físico da sala, à extensão da discussão no grupo e à necessidade de maior privacidade de algumas gestantes, as quais não se sentiram confortáveis para compartilhar, por exemplo, o momento da ausculta coletiva com as outras integrantes do grupo.

Conforme dito anteriormente, o espaço físico onde acontece a consulta coletiva do pré-natal se apresenta pequeno para a quantidade de participantes envolvidos no processo. Apesar de o prédio da Unidade ser próprio e ter o espaço já existente para a realização de atividades em grupo, ainda se faz necessária a organização adequada do ambiente, como também a climatização do local e, assim, estruturando melhor a sala para o desenvolvimento

de atividades de promoção da saúde. Algumas entrevistadas destacaram esses limites do ambiente para a realização das práticas educativas no grupo.

A disponibilização de um espaço adequado com condições de infraestrutura favorece o processo de trabalho para a oferta de um cuidado integral, e assim aprimora a qualidade da assistência nas ações desenvolvidas nos serviços (KINALSKI; OLIVO; GIORDANI, 2020). Nesse âmbito, destaca-se a infraestrutura ligada ao ambiente das atividades do PNC. Ressalta-se que o pré-natal deve ser organizado de uma maneira que atenda às necessidades das usuárias do serviço, disponibilizando um espaço amplo, confortável, no sentido de proporcionar maior acolhimento às mulheres para a realização de práticas adequadas a esse contexto (BRASIL, 2012).

O conceito de ambiência refere-se a como espaços organizados de modo mais favorável, no sentido da promoção de conforto aos usuários e aos profissionais de saúde, proporcionam um ambiente com uma atenção mais acolhedora, que auxilia o processo de trabalho, favorecendo um atendimento humanizado e resolutivo no cuidado com essas mulheres (BRASIL, 2013b; NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o espaço físico da sala inadequado para a consulta coletiva pode resultar no desconforto da gestante durante a atividade no grupo e gerar desinteresse para o seu envolvimento e participação nesse processo. Ambientes com infraestrutura adequada e ventilação satisfatória tendem a incrementar a qualidade e a efetividade das práticas de promoção da saúde no contexto da assistência pré-natal (ORTIGARA; CARVALHO;

PELLOSO, 2015).

Sabe-se ainda que um ambiente agradável tende a tornar-se uma prática em saúde mais exitosa devido à sua logística, considerando que atividades acolhedoras, realizadas em locais propícios, estimulam a participação e envolvimento dos usuários (ORTIGARA; CARVALHO; PELLOSO, 2015). Assim, reitera-se a importância dos espaços de encontros e integração, os quais respeitem a privacidade e facilitem o processo de trabalho voltado à promoção da saúde.

Outra fragilidade referida foi quanto à longa duração das atividades do grupo, devido aos debates extensos que ocorreram nos primeiros encontros. Considerando que, historicamente, as pessoas estão habituadas às consultas individuais, nas quais prevalecem práticas mais verticalizadas, pontuais e medicalizadas voltadas para a relação queixa e conduta. Dessa forma, a reação da gestante para participar de uma iniciativa que demande mais tempo, dado o seu propósito, é esperada e suscita a reflexão de como vêm acontecendo os processos cotidianos ligados à assistência à gestante e à atenção em saúde de modo geral.

[...] tem que limitar o tempo, porque aconteceram momentos que foram muito prolongado o debate (G4).

[...] na hora que cada uma fala, tem que limitar mais o tempo, porque tem gestante que se estende muito e a discussão fica longa [...] (G8).

Esses depoimentos realçam o papel do mediador/facilitador na condução do grupo. Embora o PNC seja uma iniciativa

com um grande potencial, impõe-se que os profissionais baseiem o processo de trabalho em dimensões da educação popular em saúde e se coloquem mais como mediador/facilitador de grupo que tutor de saberes. Com isso, a horizontalidade das relações, o diálogo e a escuta sensível são o eixo norteador de todo o processo. No âmbito da formação acadêmica e profissional, os esforços direcionados ao estímulo e construção dessas habilidades e competências ainda têm sido incipientes. Desse modo, urge o fomento de processos de capacitação tanto na esfera da academia quanto nos serviços que privilegiem esses aspectos pedagógicos.

No grupo, o facilitador estimula o diálogo entre diversos saberes, aliando os conhecimentos científicos e, assim, favorecendo uma aprendizagem significativa na promoção do autocuidado e no processo de corresponsabilização frente à saúde (FRIEDRICH *et al.*, 2018).

O pré-natal, como uma fase singular e complexa na vida da mulher, requer uma construção de vínculo entre profissional e usuária, para que essa se sinta confortável para explanar as suas questões e experiências mais subjetivas e particulares. Além disso, a mulher deseja ter seu momento individual com o filho. Ouvir os batimentos cardíacos do bebê é algo primordial e especial, que precisa de um ambiente propício, como assinalam alguns relatos:

Outro ponto também é o momento quando vai examinar a barriga. Eu prefiro ter um momento mais individual, não me senti à vontade de estar com outras gestantes [...] (G3).

[...] não gostei na hora de escutar o coração [ter] outras pessoas na sala, porque às vezes não eram só as gestantes na sala [...] (G6).

Assim, é fundamental garantir a privacidade e a escuta das gestantes sobre se a presença de outras pessoas na ocasião do exame físico causa algum constrangimento. Diante desses achados, reforça-se a necessidade de que o profissional de saúde escute a gestante cuidadosamente, reconhecendo seus anseios e valorizando a singularidade de cada situação. Além disso, deve disponibilizar tempo para sanar suas dúvidas e orientá-la efetivamente (SILVA; CORRÊA-CUNHA; KAPPLER, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

Cabe uma reflexão sobre a importância de uma assistência humanizada e acolhedora a essas mulheres que, durante a gestação, vivenciam mudanças fisiológicas e psicológicas. Considerando essas peculiaridades, evidencia-se a necessidade de apoio à mulher nos diversos âmbitos, seja familiar, social ou na assistência à saúde.

No PNC, as ações de promoção da saúde somam-se aos procedimentos técnicos preconizados pelo MS, enriquecendo as consultas coletivas e integrando a educação popular em saúde na construção do conhecimento compartilhado, mediante temáticas que contribuem para o cuidado do binômio mãe-filho e, portanto, minimizando os riscos referentes à gravidez.

No contexto da iniciativa sistematizada neste capítulo, considera-se a prática do PNC uma experiência potencialmente exitosa e ressalta-se a importância de que esta seja ampliada para outras equipes de Saúde da Família e outros serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu evidenciar as principais potencialidades e fragilidades do PNC na ESF. Para tanto, considera-se que a opção pela estratégia metodológica da pesquisa-ação contribuiu satisfatoriamente para o alcance do seu objetivo.

O PNC configurou-se como uma estratégia que, a partir do envolvimento de diferentes profissionais, busca assistir a mulher em sua integralidade, a partir do diálogo para a construção de vínculo entre as participantes, bem como entre gestante-profissional-serviço. Proporcionou contribuições para o fortalecimento do protagonismo das mulheres no cuidado no pré-natal e na construção de rede de apoio na gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.

Por outro lado, foram evidenciadas algumas fragilidades no PNC, como a necessidade de um ambiente amplo e confortável no sentido de proporcionar maior acolhimento aos participantes; algumas gestantes demonstraram desconforto na ocasião da ausculta coletiva, em compartilhar esse momento com outras participantes, preferindo privacidade. Ademais, a extensão da discussão no grupo, em alguns encontros, foi assinalada como uma debilidade da abordagem.

Ainda se observam fragilidades relativas à formação acadêmica para a construção de competências dos profissionais voltadas à condução de grupos e iniciativas coletivas no âmbito da Atenção Básica. Nessa perspectiva, é fundamental o apoio da gestão quanto aos processos de Educação Permanente voltados ao trabalho em grupo e às iniciativas participativas ancoradas no referencial da educação popular.

O PNC corresponde a uma abordagem que busca a produção de saúde e possibilita repensar processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde com ênfase na autonomia e autocuidado das mulheres, especialmente na ESF, primeiro nível da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Ainda, ressalta-se o baixo custo dessa estratégia, além da facilidade para a sua implementação e replicação.

Considerando as lacunas na produção científica sobre essa temática, recomenda-se a ampliação de estudos e pesquisas na área da saúde da mulher, com incentivo à expansão do PNC e de outros recursos participativos em outros espaços ligados ao cuidado da gestante.

REFERÊNCIAS

ADAJI, S. E. *et al.* Women's experience with group prenatal care in a rural community in northern Nigeria. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 145, n. 2, p. 164-169, May 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12788>. Acesso em: 03 set. 2020.

ALMEIDA, A. L. O. G. *et al.* A Residência Multiprofissional na Assistência Integral à Saúde da Gestante: Uma Análise da Prática Interprofissional no Pré-natal em uma Unidade de Saúde no Interior do Rio Grande do Sul. **Cad. Educ. Saúde Fisioter.**, v. 6, n. 12, 2019. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2831>. Acesso em: 22 out. 2020.

BARDIN, L. Codificação. *In*: BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. Brasil: Edições 70/Almedina, 2016. p. 145-146.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de

Atenção Básica, n. 32). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 2013a. Seção 1. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 22 set. 2019.

CROCKETT, A. *et al.* Investing in Centering Pregnancy™ group prenatal care reduces newborn hospitalization costs. **Women Health Iss.**, v. 27, n. 1, p. 60-66, jan. 2017. Disponível em: [https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(16\)30191-8/fulltext](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(16)30191-8/fulltext). Acesso em: 26 set. 2020.

CUNNINGHAM, S. D. *et al.* Group prenatal care reduces risk of preterm birth and low birth weight: A matched cohort study. **J. Womens Health**, v. 28, n. 1, p. 17-22, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6817>. Acesso em: 06 set. 2020.

FAQUIM, J. P. S. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 2016. 168 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16032016-144923/publico/JulianaPereiraDaSilvaFaquim.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

FRIEDRICH, T. L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface** (Botucatu), v. 22, n. 65, p. 373-385, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000200373&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.

HENRIQUES, A. H. B. *et al.* Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde** (Impr.), Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 23-31, mar. 2015. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3009>. Acesso em: 10 set. 2019.

KINALSKI, D. D. F.; OLIVO, V. M. F.; GIORDANI, J. M. A. Qualidade do pré-natal: impacto da infraestrutura e do processo de trabalho. **Res. Soc. Dev.**, v. 9, n. 9, e184997041, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7041>. Acesso em: 28 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa. *In*: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 281-285.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Percepção de puérperas sobre as primeiras consultas de pré-natal no interior de Mato Grosso. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 5, n. 1, p. 46-51, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5050>. Acesso em: 04 abr. 2019.

NOGUEIRA, C. M. *et al.* Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. **Cogitare**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 01-10, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653833010>. Acesso em: 02 jul. 2020.

ORTIGARA, E. P. F.; CARVALHO, M. D.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Rev. Enf. UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 4, p. 618-627, out./dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769213230>. Acesso em: 21 set. 2019.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, F. R. Consulta coletiva de pré-natal: Uma nova proposta para uma assistência integral. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 158-160, fev. 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_23.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

PIRES, B. T. *et al.* Grupo de gestante: relato de experiência. **Sanare** (Sobral, Online), v. 14, p. 123-125, 2015. Supl. 2. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/883>. Acesso em: 03 nov. 2020.

SANTOS, F. S. R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. e00143718, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000705011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.

SANTOS, L. F. *et al.* Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas em unidades de atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 337-344, fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230817/27812>. Acesso em: 27 jun. 2020.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna**

Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000300424&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2019.

SILVA, L. C. C.; CORRÊA-CUNHA, E. F.; KAPPLER, S. R. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 357-376, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/34156/27259>. Acesso em: 28 nov. 2019.

TEIXEIRA, J. A. *et al.* Percepção dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica Sobre os Grupos de Gestantes. **Saúde** (Santa Maria), v. 43, n. 1, p. 94-103, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/22413/pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

THIOLLENT, M. Concepção e organização da pesquisa. *In*: THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 60-61.

ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA NO SEMIÁRIDO NORDESTINO

*Sâmara Fontes Fernandes
Themis Cristina Mesquita Soares
José Giovanni Nobre Gomes
Richardson Augusto Rosendo da Silva
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas
Maria Rocineide Ferreira da Silva*

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é reconhecida como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por cuidados essenciais às comunidades, no sentido de atuar nos principais problemas sanitários presentes naquele território, por meio do uso de tecnologias de baixa densidade ou leves e leves-duras (OLIVEIRA *et al.*, 2019). A AB é representada no território pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e assume o centro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado e estruturação de linhas do cuidado (DALCUCHE; MENDES, 2017).

Para além disso, a AB é um dos níveis assistenciais que possui maior impacto na redução das iniquidades em saúde e tem alto poder de resposta diante de pandemias, epidemias e surtos, devido à sua alta descentralização em território nacional e, portanto, acesso a populações em diferentes níveis de exposição e vulnerabilidades sociais (SARTI *et al.*, 2020).

Nesse ínterim, um dos agravos acompanhados pela ESF são as infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e

a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids), que continuam com índices de adoecimento altos. No Brasil, no ano de 2020, foram notificados 41.919 novos casos de infecção pelo HIV, 37.308 novos casos de Aids e 10.565 óbitos com HIV/Aids como causa básica. Especificando para a realidade nordestina, foram registrados 3.134 novos casos de HIV, 2.656 mil novos casos de Aids e 2.431 óbitos por HIV/Aids. O Nordeste (NE) apresenta tendência de crescimento na taxa de detecção de novos casos (15,7), assim como o Rio Grande do Norte (RN) (17,2) (BRASIL, 2020).

Diante da realidade epidemiológica, foram estabelecidas novas estratégias que visam à redução no número de casos e controle da epidemia do HIV/Aids, como, por exemplo, a cascata 90-90-90 e a prevenção combinada, além do fortalecimento da AB como instituição central à promoção e prevenção da saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Portanto, a AB é vislumbrada como um serviço estratégico no combate a essa epidemia, a partir da associação de ações preventivas, diagnóstico rápido e tratamento adequado, auxiliando na redução da transmissibilidade do HIV, além de garantir o acesso e resolutividade da assistência a pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Assim, objetiva-se descrever a atuação da Atenção Básica na assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids em uma Região de Saúde do Rio Grande do Norte.

MÉTODO

Este trabalho consiste em uma pesquisa descritiva, realizada no semiárido do Rio Grande do Norte, especificamente na VI

Região de Saúde, a qual conta com uma população de 230.042 habitantes e 36 municípios, tendo como cidade-polo Pau dos Ferros (RIO GRANDE DO NORTE, 2016).

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde da AB nas cidades da VI Região de Saúde. Empregaram-se como critérios de inclusão: (i) Municípios pertencentes à VI Região de Saúde, com no mínimo cinco casos notificados de HIV/Aids nos últimos 13 anos; (ii) atuar como médico ou enfermeiro da ESF nos municípios elencados; (iii) ter experiência de no mínimo seis meses na instituição de trabalho; (iv) encontrar-se em pleno exercício da profissão. Quanto aos critérios de exclusão, optou-se por não realizar a pesquisa: (i) com todas as equipes de ESF do município, considerando a repetição das respostas, visto que os profissionais estão inseridos em uma mesma realidade. Constatou-se, portanto, uma amostra de 26 participantes (100%).

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário contendo 47 questões, de perguntas abertas e fechadas, previamente construído pelo pesquisador, com base nas seguintes literaturas: Brasil (2015a); Brasil (2013); Brasil (2017b); Brasil (2017c); Brasil (2017d); e Castro (2015).

Considerando as informações provenientes do questionário, realizou-se uma estatística descritiva com base em frequência simples e absoluta. Realizaram-se discussões empíricas sobre as ideias presentes nos questionários e o material bibliográfico e científico utilizado na pesquisa, organizando em três categorias: 1 - Acolhimento, 2 - Diagnóstico e 3 - Manejo clínico.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), com Parecer n.º 2.567.260.

RESULTADOS

Na categoria Acolhimento, 60,3% da amostra referiu acompanhar pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV), utilizando de protocolos clínicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (75,8%), sendo 54,5% deles estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Já em relação ao primeiro atendimento, 84,8% da amostra referiu acolher o paciente, aconselhar, orientar e ofertar testes rápidos para todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Em relação ao domínio Diagnóstico, ele segue apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Condutas profissionais relacionadas ao diagnóstico da PVHIV na ESF.

DIAGNÓSTICO	n	%
Disponibilidade de testes rápidos nas UBS		
Sim	31	93,9
Não	2	6,1
TR disponíveis para toda a população ou para grupos específicos		
Todas as populações	22	66,7
Grupos específicos	11	33,3
Repetição de TR em caso de TR1 Reagente		
Sim	29	87,9
Não	4	12,1
Solicitação de exames sorológicos		
Sim	26	78,8
Não	7	21,3
Coletas sanguíneas realizadas para exames sorológicos		
Nenhuma	3	9,1
1 coleta	16	48,5
2 coletas	11	33,3
3 coletas	3	9,1

DIAGNÓSTICO	n	%
Solicitação da carga viral e LT-CD4		
Sim	26	78,8
Não	7	21,1
O diagnóstico é concluído pela equipe de ESF		
Sim	20	60,6
Não	13	39,4
Critério de notificação		
Suspeitos	3	9,1
Diagnosticados	26	78,8
Em andamento	4	12,2
Busca ativa para os(as) parceiros(a) HIV+		
Sim	30	90,9
Não	3	9,1

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

Já a terceira categoria, Manejo Clínico, exemplificada na Tabela 2, foca nas ações relacionadas ao tratamento, acompanhamento e prevenção das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Tabela 2 – Condutas profissionais relacionadas ao manejo clínico da PVHIV na ESF.

MANEJO CLÍNICO	n	%
Profilaxia e tratamento de infecções oportunistas		
Sim	29	87,9
Não	4	12,1
Acompanhamento de comorbidades associadas ao HIV		
Sim	30	90,9
Não	3	9,1
Crítérios para a imunização de PVHIV		
Rotina	11	33,3
Com prescrição médica	9	27,3

MANEJO CLÍNICO	n	%
Após a avaliação do estado clínico do paciente	9	27,3
Após a análise do risco-benefício.	4	12,1
Acompanhamento de eventos adversos da TARV		
Sim	23	69,7
Não	10	30,3
Deteção de falha da TARV		
Sim	22	66,7
Não	11	33,3
A adesão à TARV		
Questionamentos sobre o uso correto dos antirretrovirais	4	12,1
Checagem de rotina em todos os atendimentos	9	27,3
Contagem dos medicamentos que sobraram	1	3,0
Oscilações nos exames de CD+ e carga viral HIV	11	33,3
Não verificam a adesão	8	24,2
Prevenção em HIV/Aids		
Sim	32	97
Não	1	3

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

DISCUSSÃO

Considerando o domínio acerca do Acolhimento, reconhece-se que essa é uma prática de trabalho que permite a humanização da assistência e criação de vínculo entre a comunidade e profissionais de saúde, devendo ser guiada por conhecimento prévio sobre a população assistida, atuando de acordo com a estratificação de risco, escuta qualificada e identificação das vulnerabilidades, respeitando os princípios do SUS (BRASIL, 2017a).

Nesta categoria, ainda foi discutido acerca do uso de protocolos, já que o mesmo consiste como uma ferramenta de traba-

lho eficaz, capaz de organizar a assistência e auxiliar na efetivação da linha do cuidado. O uso de protocolos organiza a assistência prestada, no entanto, os profissionais precisam permanecer atualizados acerca das mudanças de condutas necessária ao cuidado à PVHIV. No primeiro atendimento, o aconselhamento à realização de testes rápidos (TR) e exames laboratoriais, associado a uma escuta ativa, individualizada e centrada no paciente, possibilita reflexões sobre os comportamentos de riscos, adoção de práticas mais seguras, adesão ao tratamento e fortalece a relação usuário-profissional, o que tem alto impacto no desenvolvimento desse cuidado, frequentemente, garantindo diagnóstico precoce e manejo clínico adequado (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLLOTTI, 2017).

Em relação ao Diagnóstico realizado na AB, percebe-se que as respostas referenciadas coadunam com as orientações do Ministério de Saúde, o qual indica a realização de dois testes rápidos para HIV; em caso positivo, deve-se realizar a solicitação e coleta de duas amostras sorológicas como Elisa, Western Blot ou Imunoblot. Em caso de resultados Reagentes para todos os exames, indica-se a solicitação de Carga viral e LT-CD4 para início do tratamento, potencializando o valor preditivo positivo do diagnóstico (BRASIL, 2013).

Vislumbra-se que os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais assumem papel estratégico e importante dentro da AB, sendo considerados os principais instrumentos de detecção precoce de casos e no alcance das metas da cascata 90-90-90, fortalecendo a política de saúde atual (SILVA; VALENÇA; SILVA, 2017).

Em contrapartida, segundo o estudo de Machado *et al.* (2017), todos os estados brasileiros enfrentam dificuldades na disponibilidade dos testes rápidos Anti-HIV nas UBS, considerando uma realidade na qual cerca de 90% das unidades não dispõem desse serviço, chamando atenção para a região Sudeste, que se encontra com 67,2%, e o Nordeste, com 96,2% das UBS sem a disponibilidade dos TR, contrapondo a realidade encontrada no RN.

Vale salientar que a efetivação de um diagnóstico precoce a partir da entrega oportuna dos resultados positivos dos exames, associada à prática de aconselhamento, impactam positivamente na saúde pública, visto que esses usuários têm maior probabilidade de iniciar a terapia antirretroviral (TARV) precocemente e compreender melhor o contexto da doença, quebrando assim a cadeia transmissão. Por outro lado, reconhece-se que cerca de 40% das PVHIV não conhecem o seu status sorológico e, decorrente disso, 49% das novas transmissões de HIV ocorrem por esses indivíduos, ressaltando a importância da realização de TR Anti-HIV para toda a população e a garantia do recebimento e compreensão desses resultados (GUTIÉRREZ *et al.*, 2018).

A respeito da categoria Manejo Clínico, 78,8% dos participantes relataram não instituir o tratamento na AB, encaminhando-os para os serviços de referência; entretanto, essa prática é garantida como uma das responsabilidades da AB, mas vale salientar que a maioria dos participantes da pesquisa são enfermeiros, os quais não podem realizar a prescrição de tratamentos, justificando o fato.

O controle da doença é possível devido ao tratamento com a TARV, que impossibilita a replicação viral e auxilia na reconstituição do sistema imunológico, por isso, o mesmo deve ser efetivado precocemente e não interrompido em nenhum momento do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Portanto, a adesão ao mesmo é de extrema importância na manutenção da qualidade de vida, controle do agravo e prevenção de infecções oportunistas (IO). Dessa forma, o comportamento assumido pela PVHIV em relação ao seguimento correto do tratamento, interação com a equipe que o acompanha e o seu grau de autonomia influenciam no regime terapêutico (SOUZA *et al.*, 2019).

Assim, o monitoramento clínico acerca da adesão ao tratamento é importante para identificar possíveis eventos adversos, sinais de evolução da Aids, IO e instituir o tratamento destes, já que raramente ocorrem em indivíduos imunocompetentes que realizam o tratamento corretamente.

Sabe-se que a AB é responsável pela profilaxia primária e secundária de algumas infecções, encaminhando apenas os casos mais graves (CHAVES *et al.*, 2020). E, por isso, a detecção precoce de falhas na terapêutica deve ser realizada e fortalecida na AB e não somente nos serviços de média e alta complexidade, sendo também um instrumento primordial no combate à epidemia e alcance da cascata do cuidado 90-90-90, a qual é uma estratégia de monitoramento clínico dos sujeitos nos serviços de saúde que almeja, até 2020, que: 1) 90% das PVHIV sejam diagnosticadas; 2) 90% das pessoas diagnosticadas iniciem a TARV; e 3) 90% das pessoas em tratamento alcancem a supressão viral (carga viral indetectável). Entretanto, o Brasil atingiu até o momento 85% de

PVHIV diagnosticadas, 66% em tratamento e 62% em supressão viral (ELLIOT *et al.*, 2019; ROSSI *et al.*, 2020).

Associadas a isso, têm-se as estratégias de prevenção combinada na AB, que implementam ações de prevenção de abordagem comportamental, biomédica e sociocultural em âmbitos individual e coletivo, compreendendo intervenções que vão além da educação em saúde, garantindo também a dispensação de preservativos, kit de redução de danos, aconselhamento e testagem rápida regular, diagnóstico precoce, prevenção da transmissão vertical, imunização para HPV e hepatite B, Profilaxia Pós-exposição (PEP) e Pré-exposição (PrEP) (BRASIL, 2017d; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

É importante ressaltar que o uso do preservativo ainda é a estratégia mais eficaz, barata e de fácil acesso à prevenção do HIV, que tem sido fortalecida com a oferta da testagem ao anti-HIV e o aconselhamento pré e pós-teste, que tem sensibilizado a população para a necessidade de mudança de comportamento à adoção de práticas mais seguras (GONÇALVES *et al.*, 2020; ELLIOT *et al.*, 2019).

A combinação de tantas estratégias preventivas é o principal instrumento que visa ao controle epidemiológico do agravo e à erradicação da pandemia até 2030, que introduz novos instrumentos de trabalho nos serviços de saúde e reconfigura a prática do cuidado e as intervenções em saúde. No entanto, devido à complexidade envolvida neste processo de renovação, é implantada devagar no território, e, na prática, muitos dos serviços ainda não estão disponíveis na AB dos municípios (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019), o que também é vivenciado pelo RN.

Assim, é evidente que, embora seja recomendada pelo Ministério da Saúde, a instituição do tratamento em HIV/Aids na AB, principalmente em casos assintomáticos, na prática, não se efetiva. Nos municípios da VI Região de Saúde do RN, é evidente que embora o diagnóstico seja realizado nas unidades de saúde, o tratamento e todo o acompanhamento do mesmo é realizado, principalmente, nos serviços de referência do Estado. Salientando também sobre a negligência dos profissionais acerca do acompanhamento das PVHIV na ESF, as quais não são acompanhadas de maneira efetiva, tendo uma predominância de condutas baseadas em consultas esporádicas por demanda espontânea e encaminhamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo, constatou-se que a assistência em HIV/Aids nesta região é fragilizada e tem forte dependência dos serviços de alta complexidade situados nas grandes cidades do estado, possui uma Atenção Básica pouco qualificada e estruturada para atender e acompanhar pessoas vivendo com HIV, a qual não assume sua função de coordenação do cuidado, atuando com excesso de encaminhamentos.

Portanto, visualiza-se que o cuidado prestado pela AB dos municípios da VI Região de Saúde ainda se encontra aquém do que é preconizado pelos órgãos federais e seus protocolos de atuação, negligenciando o cuidado a essa população e transferindo-o para serviços de referência de média e alta complexidades.

Por isso, é importante salientar que a chave para estruturar a linha do cuidado à pessoa vivendo com HIV é fortalecer os

serviços de Atenção Básica, estruturando-os nos seus territórios de atuação, conferindo-os autonomia e recursos para o seu desempenho efetivo, o que é possível por meio de um planejamento regional e articulação entre os gestores municipais, com o apoio do Governo do Estado.

Como limitação do estudo, identifica-se a realização do mesmo em apenas uma Região de Saúde. Portanto, sugere-se a sua replicação em todo o território do RN e em outros estados do país. Mas reafirma-se a importância da pesquisa como um diagnóstico situacional e exposição das fragilidades acerca da assistência direcionada à PVHIV.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização**

dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hiv e Aids.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

CASTRO, R. R. **Elaboração e validação de questionário para avaliação do controle do hiv/aids na atenção básica.** 2015. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2015.

CHAVES, L. L. *et al.* Prevalência de infecções oportunistas em pacientes HIV positivos atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em município do Pará, em 2015 e 2016. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, n. 51, p. e3554-e3554, 2020.

DALCUCHE, M. G.; MENDES, E. V. A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná. **Rev. Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 1, p. 31-37, 2017.

ELLIOTT, T. *et al.* Challenges of HIV diagnosis and management in the context of pre-exposure prophylaxis (PrEP), post-exposure prophylaxis (PEP), test and start and acute HIV infection: a scoping review. **J. Int. AIDS Soc.**, v. 22, n. 12, e25419, 2019.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, p. 1897-1912, 2020.

GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação? **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, p. 182-190, 2017.

GUTIÉRREZ, E. *et al.* Why individuals fail to collect HIV-test results: an exploratory study at a testing and counseling center in Mexico City. **Rev. Panam. Salud. Pública**, v. 16, n. 42, e14, 2018.

MACHADO, V. S. *et al.* Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-hiv nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 1, p. 40-49, 2017.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e180410, 2019.

OLIVEIRA, C. R. F. *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, p. e00119318, 2019.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. **Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte: gestão 2016/2019**. Natal: SESAP/RN, 2016.

ROSSI, A. M. *et al.* Cascata do cuidado do HIV a partir do diagnóstico em Centro de Testagem e Aconselhamento. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 6, e20190680, 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, 2020.

SILVA, I. T. S.; VALENÇA, C. N.; SILVA, R. A. R. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da

Família: perspectiva de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

SOUZA, H. C. *et al.* Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 5, p. 1295-1303, 2019.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Perception of pre- and post-HIV test counseling among patients diagnosed with aids in adolescence HIV test counseling for adolescents. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 23-30, jan. 2017.

REDE SOCIAL DE APOIO NOS CUIDADOS DE CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE NEONATAL

*Joama Gusmão Pereira Moreira
Zeni Carvalho Lamy
Fernando Lamy Filho
Hortênsia Coutinho da Rocha
Denise Streit Morsch
Dina Stefany de Oliveira Moreira*

INTRODUÇÃO

A maior sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT) ou com doenças que necessitam de internação em Unidade Neonatal (UN) é frequentemente acompanhada de um aumento de morbidade, o que amplia a necessidade de cuidados depois da alta (SILVEIRA, 2012; BRASIL, 2018). Tal fato sobrecarrega a mãe, em função de seu papel como principal cuidadora do RN, e a participação da família torna-se muito importante.

A ajuda com a criança com múltiplos, complexos e contínuos cuidados envolve desde a realização de tarefas domésticas à disponibilidade para acompanhar frequentes idas a serviços de saúde, realização de exames, atividades de reabilitação, orientações e cuidados com os demais filhos. Nessa perspectiva, a ajuda às famílias extensas pode representar a garantia do cuidado dessas crianças (DIAS *et al.*, 2020).

Portanto, uma rede de apoio social forte e ampla, especialmente nos primeiros anos de vida de uma criança que precisa de maiores cuidados, é fundamental e deve fazer parte das preocupações das equipes de saúde em suas orientações quando da alta

hospitalar, assim como em seu acompanhamento ambulatorial.

A rede social de apoio consiste no somatório de todas as relações significativas que o indivíduo dispõe e que pode ser registrada em forma de mapa mínimo, dividido em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou escolar e relações comunitárias de serviços, como os de saúde ou credo (SLUZKI, 1997). O autor ressalta que a rede social é importante na influência da autoimagem do indivíduo e central para experiências de identidade e competência, principalmente no tocante à atenção à saúde e em casos de adaptação em situações de crise.

Entendemos que o papel da rede de apoio nos cuidados de um RN egresso de internação em UN deve ser sempre facilitada, visto que os pais e até mesmo a criança passaram por situações de estresse e angústia e podem se sentir inseguros ao retornarem para casa. Ademais, contar com outras pessoas que fazem parte de sua história há longo tempo ou mesmo que passaram a compartilhar sua história perinatal e também neonatal, funciona como apoio e acalanto diante dos novos desafios que surgem na retirada do contorno hospitalar (MENEZES; MORE; BARROS, 2020).

O vínculo criado com o serviço de saúde deve servir como facilitador no encontro com outros locais e espaços de cuidados (MORAIS *et al.*, 2017). Após a alta hospitalar, as crianças de alto risco são acompanhadas em ambulatórios especializados. No entanto, o Ministério da Saúde vem criando estratégias para promover articulação entre a atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde (APS), buscando orientar o percurso para o acompanhamento dessa população (BRASIL, 2017). Assim, a equipe da APS,

por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), pode fazer parte da rede de apoio de crianças egressas de UN, devendo oferecer sua expertise quanto ao conhecimento da comunidade, das possibilidades de acompanhamento de generalista mais próximo, bem como na facilitação de sua vinculação com atendimentos especializados, sempre que indicados (BRASIL, 2018; AIRES *et al.*, 2015).

Diante desse contexto, o presente estudo objetivou conhecer o papel da rede social de apoio na garantia e qualidade de cuidados ofertados a crianças egressas de Unidade Neonatal.

MÉTODO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que se preocupa com a dimensão subjetiva e é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2014).

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2018. O ponto de partida foi a identificação de crianças que necessitaram de internação nas Unidades Neonatais das duas maternidades de referência para o atendimento no Sistema Único de Saúde para a gestação de risco, em uma capital do Nordeste brasileiro. Os participantes do estudo foram as mães dessas crianças, que, na ocasião da coleta de dados, tinham idade entre 34 e 47 meses, o que permitiu compreender as mudanças na rede ao longo do tempo.

Foram utilizados como critérios de inclusão ser mães e/ou cuidadores de crianças que nasceram no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, residentes no município de São Luís, Maranhão. Não foram incluídos mães e/ou cuidadores com

grave limitação de comunicação, devido à dificuldade em realizar a coleta de dados, ou aquelas cujas crianças estivessem recebendo cuidados domiciliares especializados, em virtude de esse grupo possuir uma dinâmica específica.

Foram identificadas 293 mães de crianças elegíveis e 165 foram localizadas por contato telefônico e visita domiciliar. As famílias entrevistadas foram escolhidas de maneira intencional, o que deve refletir as múltiplas dimensões dos fenômenos estudados, buscando contemplar a diversidade das situações encontradas no campo (MINAYO, 2014), a partir de um quadro com as principais características sociodemográficas referentes ao cuidador principal e à criança.

O número final de entrevistas (n=14) foi determinado pelo critério de saturação de sentidos, que consiste na decisão da suspensão de novos participantes no estudo diante da percepção da repetição de respostas recebidas.

A técnica aplicada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, baseada em um roteiro previamente elaborado com as seguintes questões principais: quem participou dos cuidados da criança após a alta da Unidade Neonatal? Qual é o tipo de participação dos diferentes atores da rede social de apoio, incluindo os cuidados com a criança, as orientações e o suporte material?

Para realizar a entrevista, foi feito novo contato (presencial ou por telefone). Após o aceite, realizou-se o agendamento em local, dia e horário convenientes para a mãe da criança. Com exceção de uma entrevista, que ocorreu no ambulatório de seguimento, as demais foram realizadas em domicílio. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A análise foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi

utilizada Análise de Conteúdo na modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos do sentido e qual a frequência ou presença de algo significativo para o objeto analisado (MINAYO, 2014). Assim, buscou-se compreender a rede social de apoio no período da internação e logo após a alta, que corresponde ao período de nascimento e chegada da criança em seu domicílio, respectivamente.

Na segunda etapa, foi construído o ecomapa de cada pessoa entrevistada, representando graficamente os contatos significativos relatados nas entrevistas – membros da família, da comunidade e outros sistemas sociais, o que possibilitou a identificação da rede social de apoio no período da coleta dos dados. O ecomapa é um instrumento que permite retratar a estrutura familiar, estabelecer a densidade dos vínculos e interações das famílias e indivíduos com a comunidade (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, CAAE n.º 54415016000005086, em cumprimento à Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se que a fim de preservar o sigilo das participantes, estas foram identificadas por nome de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 14 entrevistas envolvendo 19 mulheres, uma vez que duas mães estavam acompanhadas por suas próprias mães, uma por sua avó materna e uma por sua avó e tia maternas. As cuidadoras principais das crianças eram as mães, com idades entre 16 e 39 anos, a maioria com ensino fundamental incomple-

to, vivendo em união consensual com os pais das crianças. Apenas uma criança tinha como cuidadora principal a avó materna, de 64 anos. A renda familiar variou de menos de um salário mínimo a quatro salários mínimos e oito famílias recebiam o benefício assistencial do governo, o Bolsa Família. A religião católica foi predominantemente referida.

Das famílias que alegaram receber como benefício o Bolsa Família, uma o mencionou como apoio que a motiva a comparecer na UBS regularmente, em cumprimento às condicionalidades do Programa.

Em relação às crianças, no momento das entrevistas, a idade variou entre 34 e 47 meses, sendo a maior parte delas primogênitãs; dez eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. O tempo de internação na UN variou entre dois a 110 dias; a menor idade gestacional ao nascimento foi de 26 semanas e peso de 1.050 gramas. Duas crianças tinham diagnóstico de paralisia cerebral, duas nasceram com lábio leporino/fenda palatina e uma foi traqueostomizada durante a internação.

Os tipos de rede social de apoio identificadas foram: família, amigos, pessoas da comunidade, profissionais de saúde e colegas de trabalho (SLUZKI, 1997).

Do período do nascimento até a alta da UN, a rede social de apoio mais referida pelas mulheres entrevistadas foi a família. Corroborando esses dados, estudo mostra que, dentre as pessoas que compõem essa rede inicial, encontramos apoio na família nuclear, configurada pelos familiares diretos, com relação cotidiana, ou da família extensa, com a participação de avós, irmãos, tios e cunhadas (NEVES *et al.*, 2017).

Dentre os membros familiares, o companheiro (pai do bebê) e a avó materna eram as pessoas avaliadas, pela mãe, como

os mais participantes. Outros membros citados foram: avô materno, avós paternos, bisavó materna, trisavó, irmã, irmão, prima, cunhada, tia e filhos mais velhos.

O pai foi o sujeito mais ativo da rede no período do nascimento da criança, pois estava sempre ao lado da mãe, apoiando e auxiliando nos cuidados. Um estudo observou que os pais contemporâneos exercem a paternidade de forma ativa em relação à participação nos cuidados com os filhos que nasceram prematuramente, proporcionando maior interação com eles. Os autores verificaram que quando o pai compartilha o cuidado do seu filho com sua companheira, promove alívio na carga de trabalho centralizada na mãe (SOUZA *et al.*, 2018).

Considera-se ainda que essa presença mais participativa da figura paterna junto ao filho em cuidados neonatais tem sido uma proposta da política pública intitulada “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru”, presente desde o ano de 2000 na rede de maternidades públicas do Brasil (BRASIL, 2017). O pai, ao entender seu papel e sua função junto ao filho RN e a importância de sua presença ativa junto à sua companheira, evidencia os resultados positivos alcançados, como mostra o relato a seguir.

Ele fazia leitinho dele, o leitinho dele de madrugada, ele fazia, ele levantava, fazia [...] dava pra ele, ele segurava ele, porque, às vezes, eu tava dormindo, aí ele já dava o leitinho pra ele, botava ele pra arrotar [...] os cuidados diários [...] (Gardênia).

As avós maternas aparecem nesta pesquisa como a segun-

da pessoa mais presente na rede social de apoio, assumindo cuidados com o neto nos momentos em que a mãe não se sente segura para tal; elas funcionam como reconhecedoras de doenças, orientam nos cuidados e dão amor e conforto nas situações adversas (SOUZA, 2019). A presença das avós nas UN tem sido estimulada no sentido de apoiar a filha, no protagonismo da maternagem, a partir do reconhecimento de seu papel, especialmente no período de gestação, parto e nascimento do novo personagem da família (BRASIL, 2017). Neste trabalho, que envolve todo o período da internação neonatal, mas que apresenta um olhar especial para as futuras idades das crianças, confirmamos sua presença como a de maior relevância junto à filha e ao neto, em seu cuidado contínuo e integral.

Ela [avó da criança] ajudava assim [...] na hora do banho [...] que eu não sabia muito ainda banhar. Ajudava a ficar com ele, às vezes, no colo [...] eu tinha que fazer alguma coisa [...] e aí ela [...] limpava ele, ajudava assim, entendeu? (Carmélia).

Conforme dito anteriormente, as avós maternas são as principais fontes de apoio na rede, pois funcionam como reconhecedoras de doenças, orientam nos cuidados e dão amor e conforto em situações adversas. Entretanto, tal situação pode interferir na autonomia dos pais em relação ao cuidado do filho, podendo, inclusive, causar entraves para a construção da maternagem (SOUZA, 2019).

Minha mãe, no começo, não me deixava dar banho nele, porque ela achava que eu ia afogar ele, porque era pequenininho. Eu disse: 'Não mãe, tenho que aprender'. Aí eu fui [...] fui [...] até o dia que ela deixou eu dar banho nele. Porque ela tinha muito medo dele escorregar. Lá na UCI era a gente que dava banho, então lá era eu e ele. Aí eu ficava zangada, mas eu deixava [...] porque cuidado de vó, né? Mas depois foi tranquilo (Erika).

Tal relato nos leva a pensar que a orientação ou as informações oferecidas por uma rede social de apoio considerada forte e confiável por parte da mãe se mantém no tempo e a instrumentaliza no percurso de cuidados com o filho, garantindo a experiência de sua competência. Assim, a proposta de uma participação materna nos cuidados com o RN na UN que se utiliza da rede de apoio profissional mostra repercussões que permanecem após a alta e garantem que essa maneira de conduzir o trabalho junto à família sustente o protagonismo materno.

Depois da família, o tipo de rede mais lembrado durante as entrevistas foi o setor profissional, cuja importância já mostramos acima. Foram citadas como suporte e apoio várias categorias profissionais, como: enfermeira, assistente social, psicóloga, médico e técnica de enfermagem, com destaque para a enfermeira e a assistente social. Ou seja, o grupo que forma a equipe de saúde nos cuidados junto ao RN mostra em suas tarefas desempenho que consideramos próprios de uma significativa rede social de apoio.

A citação do hospital, considerado pelas entrevistadas como rede social de apoio, mostra o vínculo criado durante a internação e seu papel de referência para essas mulheres, demons-

trando que se tratou de um espaço de acolhimento e cuidado. Esse mesmo resultado foi encontrado em estudo sobre Itinerário Terapêutico de crianças egressas do Método Canguru, na cidade de Feira de Santana, na Bahia. O trabalho mostrou que diante de alguma intercorrência de saúde, as mães procuram o setor profissional já conhecido, pois este representa o saber científico já experimentado e atende de maneira precisa às necessidades da família (MORAIS *et al.*, 2017).

É importante destacar que nenhuma das mulheres entrevistadas tinha emprego formal no período das entrevistas. Pensamos que, em decorrência desse fato, não houve referência a colegas de trabalho como integrantes de sua rede social de apoio, o que as levou a informar que suas relações de amizade são estabelecidas com amigas próximas ou mesmo com a vizinhança. Em muitos de seus relatos, encontramos a participação desse grupo como apoio, o qual também foi verificado em uma pesquisa realizada no estado de São Paulo. Seus autores mostraram que as relações de amizade são fundamentais, pois, em um momento de dificuldade, são capazes de oferecer apoio afetivo, emocional, informação e interação social positiva (BARBIERI *et al.*, 2016).

Outro estudo, realizado com mães de RN hospitalizados, aponta que uma estratégia empregada por essas mulheres nos cuidados com os irmãos mais velhos do recém-nascido é requerer às redes sociais de apoio disponíveis, geralmente avós, tias e vizinhos, auxílio em seu acompanhamento, de modo a facilitar a promoção da atenção simultânea dos filhos (CARVALHO *et al.*, 2019).

Todavia, após a alta, a situação dos irmãos mais velhos pode mudar, pois são levados a assumir um novo papel na configuração familiar. Em duas entrevistas, estes foram citados como apoio e auxílio nos cuidados para a mãe e para o irmão, exercendo responsabilidades e um papel que até então não lhes pertencia:

Tive ajuda dos irmãos dele. Dos irmãos dele tudinho [...] os de casa mesmo! Como eu tive cesáreo, as irmãs trocavam a roupinha dele. Aí, às vezes, eu tava sentindo muita dor, eu não garrava ele, porque ele era muito pesado; elas colocavam ele aqui no colo para mamar! (An-gélica).

Nessa nova fase, irmãos mais velhos podem tornar-se integrantes da rede social de apoio, facilitando os cuidados com o irmão recém-chegado. Ao mesmo tempo, sua presença participativa na relação fraterna oferece estímulos quanto ao desenvolvimento relacional, cognitivo e social de ambos, configurando uma rede social de apoio diferenciada, provocadora de descobertas na função de cuidador familiar no momento atual e mesmo no futuro, em suas condições de adultos (CARVALHO *et al.*, 2019).

Para a análise das funções da rede, foi utilizada a seguinte classificação: companhia social, apoio emocional, ajuda prática, ajuda espiritual, guia cognitivo e conselhos, ajuda material e de serviços (SLUZKI, 1997). Como podemos avaliar, os diferentes tipos de redes sociais de apoio e seus integrantes compartilham tarefas e funções, pois são eles que se disponibilizam para tal.

Observou-se, neste estudo, que a avó materna foi a pessoa da rede social de apoio avaliada com diversas funções como ajuda prática, apoio emocional, companhia social, guia cognitivo e de conselhos.

Me ajudava falando que não era pra mim fazer isso, aquilo outro [...] isso assim que ela me falava (Lis).

Em seguida, foram citadas a bisavó, cunhada, benzedeira e setor profissional. Um estudo sobre o ofício das benzedei­ras revelou que, na rede, elas se apresentam como pessoas dedicadas, disciplinadas, dispostas a ajudar e detentoras do conhecimento que lhes permite desempenhar um papel consultivo em relação à prática de cura e promoção de saúde. Assim, pessoas ligadas a entidades religiosas foram consideradas importantes na função guia cognitivo (MARIN; SCORSOLINI-COMIN, 2017).

A função apoio emocional foi desempenhada pelo compa­nheiro, por vizinhas e por profissionais de saúde. A função ajuda material, por seu turno, surgiu com o Programa Bolsa Família, com o suporte de tios e avós e com o Benefício de Prestação Con­tinuada (BPC). A companhia social foi a principal função desem­penhada pelas relações de amizade.

O setor profissional foi apontado por intermédio de insti­tuções de saúde e de seus profissionais com a função de ajuda de serviços. É nesse setor que a família encontra apoio para os cui­dados técnicos indicados para a criança, sempre que necessário.

Pelo cuidado que todo mundo teve, pela paciência [...] pra lidar comigo precisa ter muita paciência. Mas pelo carinho, que até hoje todo mundo tem. Então [...] todos os médicos que já passaram pela minha vida, pela vida da minha filha [...] então, cada minuto que eu passei ali dentro, cada instante, cada pessoa que eu conheci eu vou levar pro resto da minha vida. Principalmente a enfermeira; ela me ajudou

muito, muito, muito, muito, muito [...] (Violeta).

Como podemos observar no relato supracitado, os serviços de saúde hospitalar prestaram também apoio emocional. Já a equipe da APS proporcionou, além da ajuda de serviços, a função de acesso a novos contatos. Como citamos anteriormente, é a equipe da APS a responsável por organizar e orientar a família na busca dos profissionais e instituições que desempenharão o cuidado com o bebê após a alta hospitalar. Podemos dizer, ainda, que essa equipe tem por função disponibilizar a porta de entrada na rede de saúde, realizando encaminhamentos para o cuidado adequado às necessidades da criança, avaliando a permanência da família e diminuindo arestas e dificuldades encontradas ao longo do percurso (MENEZES; MORE; BARROS, 2020).

Para a melhor compreensão da rede social de apoio e sua dinâmica, construiu-se um ecomapa a fim de caracterizar a rede social de apoio das famílias no momento da coleta de dados com as respectivas funções da rede. Ao mesmo tempo, essa tarefa permitiu conhecermos a dinâmica da rede social de apoio e compreender as mudanças ocorridas no período do nascimento, na internação neonatal, na volta para casa e no momento atual. Tal atividade, realizada em parceria com as mulheres entrevistadas, possibilitou que essas observassem quais são as redes sociais de apoio com as quais podem contar, como elas se estabelecem, como funcionam e quais são as possibilidades de mudanças práticas em sua utilização.

Quanto às pessoas que fizeram parte da rede de apoio das entrevistadas – desde a internação do filho até o momento da pesquisa –, vale destacar que mudaram, em alguns momentos. Muitas permaneceram, de fato, mas outras, desapareceram.

Um estudo realizado em Porto Alegre-RS sobre rede social de apoio e funcionamento familiar, por exemplo, mostra mudanças nas configurações familiares ao longo do tempo, evidenciando a separação do companheiro como uma das ocorrências que determinam tais alterações (SEIBEL *et al.*, 2017). Em nossa amostra, destacamos dois casos que retratam essa situação de perda do companheiro: uma por abandono do lar e outra por situação de morte:

Eu vim morar aqui com a vovó. Não deu mais certo lá, né?! (Iris)

Sendo que só o pai dele era comigo, quando ele tava vivo, aí ele morreu [...] (Gardênia).

Outra situação de significativa alteração foi a mudança de endereço de uma prima que ajudava no cuidado da criança:

Tinha minha prima, que ela não mora mais aqui. Ela mora em outro bairro, que ela ganhou um filho agora, e ele também nasceu especial; ela me ajudou muito. Enquanto eu não tava em casa, ela tomou conta da minha filha, ficava com ela pra mim. Ela [...] de nós duas quem mais conhecia minha filha era ela (Violeta).

No período que envolve nascimento, internação neonatal e volta para casa, o setor profissional foi uma importante rede so-

cial de apoio representada pela equipe hospitalar. Essa rede, não familiar, teve importância na história dessas crianças por um longo período, considerando que continuava sendo apontada pelas mães anos depois da internação.

Entretanto, a equipe da Atenção Primária foi menos referida, considerando que apenas cinco dessas famílias tinham cobertura da ESF, retratando, assim, a realidade do município de São Luís, que possui aproximadamente 34,6% de cobertura da ESF (BRASIL, 2019). A baixa cobertura da ESF pode, então, justificar o não cumprimento do seu papel como rede social de apoio no cuidado de gestantes e crianças egressas de UN, o que explica a ausência de relatos envolvendo sua atuação junto às mães entrevistadas neste estudo. As famílias que não moravam em área adstrita relataram usar os serviços de saúde das UBS próximas de suas casas como demanda espontânea.

No que tange a essa realidade, uma pesquisa realizada em Joinville-SC identificou a necessidade de ser ampliada a cobertura da ESF a fim de favorecer vínculos e resolutividade no cuidado de crianças na terceira etapa do Método Canguru (AIRES *et al.*, 2015). Entretanto, devemos pontuar que essa população, mesmo não apresentando, em sua totalidade, riscos como os das crianças representadas neste estudo, necessita de atenção própria após receber alta do cuidado hospitalar por meio da Terceira Etapa da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido nos diversos níveis de atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Para uma melhor compreensão quanto à utilização dos ecomapas e sua participação nos resultados desta pesquisa, são apresentados dois dos 14 que foram construídos. Sua escolha foi

motivada pela finalidade de apresentar duas famílias com redes sociais de apoio significativamente divergentes; uma com a rede bem fragilizada e outra com uma rede sólida e com muitas trocas positivas.

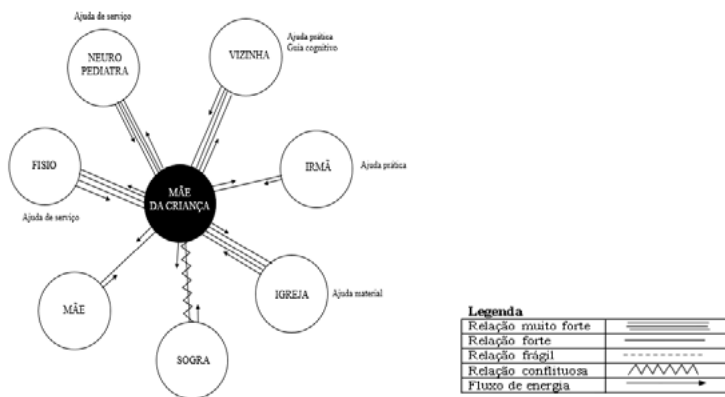
É válido ressaltar que, durante a pesquisa, observou-se que das 14 crianças egressas de UN, seis atendiam a critérios de acompanhamento em ambulatório de seguimento, porém apenas três eram acompanhadas efetivamente. Com a pesquisa, foi possível resgatar o acompanhamento especializado de duas dessas crianças, sendo o presente caso um deles.

Na Figura 1, a família reside em área de grande vulnerabilidade social, a criança evoluiu com paralisia cerebral e tem como cuidadora principal, e quase única, a sua mãe. Iniciou acompanhamento com fisioterapeuta e neuropediatra após a vizinha ter a iniciativa de agendar e acompanhá-los nas consultas. Essa família não reside em área de cobertura da ESF e não utiliza serviços de saúde próximos de sua casa. A pessoa de quem a mãe da criança mais recebia apoio era o marido, vítima de violência urbana. Ademais, a mãe relata ter uma relação tênue e conflituosa com sua sogra, após o falecimento do seu companheiro.

Todos que residem nesse domicílio (mãe, dois irmãos, avó, tios e tias da criança) estão desempregados e vivem com a renda do Programa Bolsa Família e com a ajuda material da igreja, que semanalmente fornece cestas básicas à família. A avó materna havia sido presa por tráfico de drogas, mas no momento da pesquisa estava em liberdade condicional para tratamento de saúde. Informou que ajudava sua filha nos cuidados com o neto, assim como a tia materna da criança ajudava, quando necessário.

Durante a entrevista, verificou-se que a criança tinha critério de acompanhamento no ambulatório de seguimento e, oportunamente, foi agendada consulta com a equipe multiprofissional. Ainda foram orientados requerimentos de direitos sociais, como BPC e passe livre, para garantir o deslocamento para o acompanhamento sistemático da criança. Também foi encaminhada para o acompanhamento na Rede SARA – serviço especializado em reabilitação do aparelho locomotor.

Figura 1 – Ecomapa de Gardênia.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Na Figura 2, a mãe é a cuidadora principal e tem como apoio no cuidado da criança seu marido, sua irmã e sua mãe. A criança nasceu de baixo peso, prematuro tardio, fenda palatina e lábio leporino; faz acompanhamento regular no ambulatório de seguimento com equipe multiprofissional composta por pediatra, psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, que prestam a ajuda de serviço.

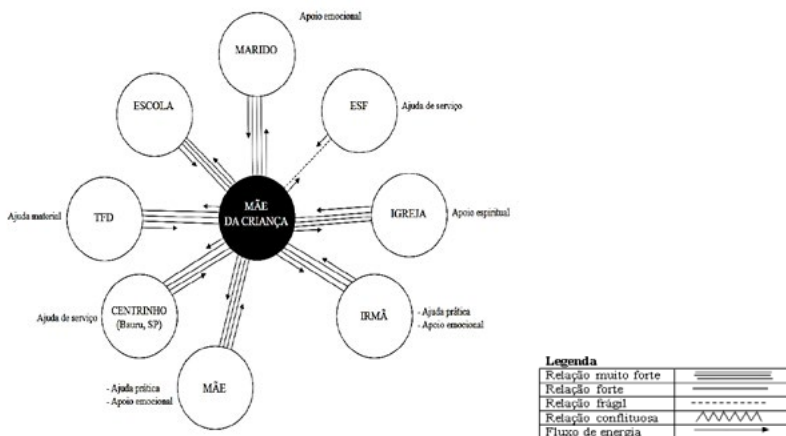
Em relação à ESF, é importante destacar que a família reside em uma área de cobertura, o que facilita o uso da UBS por seus membros. No entanto, a criança a utiliza apenas para o serviço de imunização, pois, devido ao acompanhamento no ambulatório de seguimento, a mãe acha desnecessário um acompanhamento regular com equipe da ESF.

Acredita-se que a não valorização da ESF ocorre porque a comunicação entre APS e rede hospitalar está fragilizada, causando prejuízo no cuidado compartilhado. Essa situação tem como consequência o seguimento da criança, realizado exclusivamente pela rede hospitalar.

Além disso, vale pontuar que a criança está matriculada na escola e a frequenta regularmente; os pais, por sua vez, estão inseridos no grupo de casais da igreja, onde recebem apoio espiritual.

Devido à fenda palatina e ao lábio leporino, a criança faz acompanhamento no Centrinho, em Bauru-SP. Para fins de deslocamento interestadual, a mãe e a criança recebem ajuda por intermédio do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). A mãe almeja requerer BPC, pois acha que o filho tem direito. Além disso, após o nascimento da criança, não retornou ao trabalho, pois optou por se dedicar aos cuidados para com a criança.

Figura 2 – Ecomapa de Hortência.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa foi possível obter contribuição significativa para o conhecimento sobre o papel das redes sociais de apoio no cuidado com crianças egressas de UN. Conseguimos conhecer seu tipo, função e dinâmica, tendo como amostragem os dois maiores hospitais de nossa cidade, no cuidado de recém-nascidos. Além disso, realizar entrevistas com as mães dessas crianças e, ao mesmo tempo, construir com elas o ecomapa que representa suas redes, instrumentou os pesquisadores para que tivessem melhor compreensão acerca do que essa população consegue utilizar como apoio após a alta hospitalar.

Com o auxílio dos ecomapas foi possível detectar a vulnerabilidade presente em algumas redes de apoio tanto em função da disponibilidade de serviços nas comunidades como por funcionamento familiar que não reconhece a necessidade dos cuidados recomendados para a criança.

Esta pesquisa pôde cumprir um papel social de maneira direta para uma família em particular, mediante resgate da criança para os cuidados nos ambulatórios de seguimento, assim como na Atenção Primária e orientações para requerimento de direitos sociais. Com isso, acreditamos ser necessário que a rede social de apoio observada no início da história dessas crianças, como as equipes de saúde hospitalar, possa avaliar cuidadosa e criteriosamente as vulnerabilidades familiares que poderão interferir no percurso da atenção indicada.

Na interface dos dois instrumentos – entrevistas e ecomapa –, foi possível identificar a família como a rede social de apoio mais referida e mais estável ao longo do tempo para as mães dessas crianças e a ajuda prática como função predominante da rede social de apoio. O pai foi reconhecido como o sujeito mais ativo no período do nascimento, especialmente como apoio emocional e prático. Nas funções de guia cognitivo e de conselhos, apoio emocional, ajuda material e de serviços, foram apontadas as avós, bem como os pais e profissionais de saúde. A avó materna foi a pessoa da rede social que mais teve funções atribuídas. O setor profissional foi o segundo mais citado, com destaque para as enfermeiras e as assistentes sociais.

Constatou-se que a ESF não aparece como rede social de apoio durante o período de internação e pós-alta, o que revelou a ausência do cuidado compartilhado, preconizado pela Atenção Humanizada ao Recém-nascido.

No período da coleta dos dados, a ESF apareceu como rede social de apoio apenas de uma pequena parte das entrevistadas, o que atribuímos à baixa cobertura no município. Com isso,

podemos pontuar que se trata de um tema que exige discussão junto às autoridades de saúde locais, buscando promover sua disseminação, tendo em vista as importantes propostas de cuidado e atenção com a população que sua atuação propõe.

A realização de contato telefônico para contatar as famílias de crianças elegíveis configurou-se como uma limitação do nosso estudo, visto que simbolizou perda no quantitativo de possíveis participantes. Isso ocorreu principalmente pela ausência da atualização cadastral e conseqüente perda de contatos dessas famílias, fator que contribuiu também para a descontinuidade de cuidados das crianças e seguimento adequado destas por profissionais de saúde.

Vale ressaltar, ainda, o caráter inovador desta pesquisa, que vai na contramão da tendência da maioria dos estudos atuais sobre a dinâmica da rede social de crianças egressas de UN, os quais majoritariamente analisam a rede somente logo após o nascimento. Realizamos a construção do ecomapa de crianças com idades entre 2 e 3 anos, assim como o resgate de suas redes de apoio no período do nascimento, o que proporcionou meios para a realização de comparativos em relação à estruturação dessas redes ao longo do tempo e sua dinâmica.

Pensamos que no cotidiano de trabalho da equipe de saúde, tanto no hospital como na APS, a utilização de recursos como o ecomapa permite compreender as complexidades e as necessidades envolvidas em cada rede e, dessa forma, estabelecer estratégias de cuidados que facilitem o acompanhamento de cada uma das crianças, bem como permitam estreitar as relações entre profissionais e a família da criança. Por essa razão, sugerimos sua utilização nas equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P. *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, n. 36, p. 224-232, 2015.

BARBIERI, M. C. *et al.* Rede de suporte da família da criança e adolescente com deficiência visual: potencialidades e fragilidades. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3213-3223, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método-Canguru.** Manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Método Canguru:** manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, S. C. *et al.* Cuidado materno no contexto familiar do prematuro: olhar integral voltado ao irmão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 50-57, dez. 2019.

DIAS, B. C. *et al.* Dinâmica familiar e rede social de famílias de crianças com necessidades especiais de cuidados complexos/contínuos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, e20190178, 2020.

MARIN, R. C.; SCORSOLINI-COMIN, F. Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedeiras. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 446-460, jun. 2017.

MENEZES, M.; MORE, C. L. O. O.; BARROS, L. As Redes Sociais dos Familiares Acompanhantes durante Internação Hospitalar de Crianças. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 107-113, jun. 2016.

- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAIS, A. C.; SILVA, A. C. O. C.; ALMEIDA, C. R.; LIMA, K. D. F. Itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. **Ciên cuid. saúde** (Online), v. 16, p. 1-6, 2017.
- NASCIMENTO, L. C. *et al.* Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 211-220, mar. 2014.
- NEVES, E. T. *et al.* Rede de apoio familiar para crianças em pronto atendimento pediátrico. **Rev. Pesqui. Qual.**, v. 5, n. 7, p. 53-65, 2017.
- SEIBEL, B. L. *et al.* Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. **Pensando famílias**, v. 21, n. 1, p. 120-36, jul. 2017.
- SILVA, M. S. *et al.* Acompanhamento na terceira etapa do Método Canguru: desafios na articulação em dois níveis de atenção. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 671-685, 2018.
- SILVEIRA, R. C. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**: Sociedade Brasileira de Pediatria. Porto Alegre: Departamento Científico de Neonatologia, 2012.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SOUZA, M. L. *de et al.* Repercussões no cuidado domiciliar para o pai participante do protocolo de assistência ao filho prematuro. **REAS**, v. 10, n. 14, p. 1727-1734, 2018.

SOUZA, R. O. D de *et al.* Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180118, 2019.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) pelo financiamento, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelas bolsas de iniciação científica e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

SÍNDROME DA FRAGILIDADE: AVALIAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Cláudia Camurça de Fontes Dodt

Caroline Ribeiro de Sousa

Marília Braga Marques

Gerídice Lorna Andrade Moraes

Maria Célia de Freitas

Neiva Francenely Cunha Vieira

INTRODUÇÃO

No Brasil, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece a Atenção Básica (AB) como a coordenadora do cuidado e elege a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o SUS (BRASIL, 2012). Dessa forma, cabe à ESF identificar as demandas dos idosos e subsidiar ações individuais e coletivas. De acordo com as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, as equipes da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (APS) possuem como atividade prioritária a identificação e o registro dos idosos frágeis ou em processo de fragilização (BRASIL, 2014).

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente em todo o mundo e acarreta desafios para a sociedade, demandando uma reestruturação em diversos setores como trabalho, comunidade, proteção social, bens e serviços, principalmente a saúde (BUSTAMANTE-ARA *et al.*, 2019).

Em relação à saúde, a população idosa enfrenta um

problema de saúde pública que é a síndrome da fragilidade, uma condição decorrente da interação de variáveis biológicas, psicológicas, cognitivas e ambientais, considerada progressiva, que piora a qualidade de vida do idoso, potencializando o declínio da capacidade funcional, dependência, lenta recuperação de doenças, quedas e hospitalizações, bem como maior risco de morte (DUARTE, 2009; CICUTTO, 2018).

Diversos estudos mostram que a fragilidade está relacionada à maior faixa etária, sexo feminino, baixa escolaridade, depressão, suporte social insatisfatório, presença de comorbidades, fatores comportamentais e estilo de vida não saudável (FRIED *et al.*, 2001; FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009; CICUTTO, 2018). Apesar de ser um agravo que aumenta a dependência e a perda da capacidade funcional, ela possui potencial para ser rastreada precocemente, permitindo ações de prevenção, tratamento ou redução dos danos (DUARTE, 2009; CRUZ, 2017).

A identificação correta do idoso em situação de fragilidade ou em risco de fragilização permite um cuidado resolutivo, portanto é primordial que esteja no elenco de atividades a serem desenvolvidas nessa faixa etária e, para isso, necessita ser simples e prática de ser realizada (MORAES *et al.*, 2016).

Para isso, é necessário que os profissionais sejam capacitados para ter uma visão integral do idoso e da sua família, com base na identificação de suas necessidades e potencialidades que permitam traçar o perfil social e demográfico de saúde de sua população, bem como avaliar a interferência desses dados em relação à manutenção da capacidade funcional (ALVARENGA *et al.*, 2011).

Considerando o envelhecimento populacional e o impacto

negativo da síndrome da fragilidade na qualidade de vida do idoso, verifica-se que é de grande relevância identificar aspectos relacionados a esse evento, que podem auxiliar o planejamento de ações específicas para essa faixa etária, a fim de promover a saúde dessa população. Assim, objetivou-se identificar a prevalência e os fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal e associativo realizado com 145 idosos, no período de março a maio de 2019, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizada em Fortaleza, Ceará.

Incluíram-se indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; cadastrado na UAPS; com capacidade de se comunicar, compreender as orientações e responder ao instrumento do estudo. Excluíram-se da amostra idosos com capacidade funcional comprometida decorrente de demência ou patologias que comprometem a cognição, locomoção e comunicação, informadas por familiares ou percebidas pelo entrevistador.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento para a identificação de características sociodemográficas (idade, sexo, cor, estado conjugal, com quem mora, escolaridade, renda familiar e ocupação principal) e clínico-comportamentais (comorbidades, uso de cigarro e/ou álcool, uso de medicações).

Para a mensuração da fragilidade, utilizou-se a *Edmonton Frail Scale* (Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS)), desenvolvida por pesquisadores canadenses. A EFS permite identificar indicadores de fragilidade que sejam de fácil entendimento e aplicação por profissionais de saúde na Atenção Primária, adaptada culturalmente e validada para a língua portuguesa (ROLFSON *et al.*, 2006; FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009).

A EFS avalia nove domínios: cognição (utiliza o Teste do Desenho de um Relógio (TDR)), estado geral de saúde (número de internações no último ano e autopercepção de saúde), independência funcional (necessidade de ajuda para oito atividades da vida diária), nutrição (perda de peso recente), suporte social (pode contar com a ajuda de alguém para atender às suas necessidades), uso de medicamentos (uso de cinco ou mais remédios), humor (se sente triste ou deprimido com frequência), continência (perda de controle de urina) e desempenho funcional (teste “levantar e caminhar cronometrado”). Os escores para a detecção da fragilidade são: 0-4 não apresenta fragilidade; 5-6 aparentemente vulnerável; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade grave (ROLFSON *et al.*, 2006; FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009).

Para a análise, utilizou-se o programa estatístico software R 3.3.1. Para as variáveis escalares, os dados foram apresentados em média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência e taxa de prevalência, de modo a investigar associações entre fragilidade, dados sociodemográficos e fatores de risco à saúde.

Para a associação entre as variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher para as variáveis categóricas e Teste de Mann Whitney para variáveis escalares – utilizou-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), com o Parecer 3.066.333, bem como da Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES)/Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza.

RESULTADOS

Participaram do estudo 145 idosos atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza, com o predomínio do sexo feminino, 93 (64,1%), a média da idade foi de 71 anos, variando entre 63 e 92 anos, com raça parda predominante (67,6%). Quanto à escolaridade, os participantes apresentaram, em média, 5,7 anos de estudo, desvio-padrão de 2,8 anos. A amostra constituiu-se de 69 (32,6%) casados e 38 (26,2%) viúvos. Com relação aos arranjos familiares, a maioria dos idosos (82,5%) residiam com mais de um familiar, apenas 4,4% residiam sozinhos. A média da renda familiar foi de 1,5 salários mínimos, tendo como desvio-padrão de 1,08 para a maioria da amostra.

Quanto às condições de comorbidades, houve uma prevalência significativa de doenças crônicas, de modo que 132 idosos (91%) referiram alguma dessas condições. A hipertensão arterial foi citada por 104 (71,7%) idosos, seguida do diabetes *mellitus*, que ocorreu em 54 (37,2%) pessoas. Outros agravos que também foram citados pelos idosos: cardiopatia 32 (22,1%),

câncer 10 (6,9%) e outros 9 (6,2%).

O estudo identificou que a prevalência da fragilidade foi de 48,3%. Dentre os indivíduos identificados no grupo com fragilidade, a maioria apresentou fragilidade leve, 43 (61,4%), seguida de fragilidade moderada em 24 (34,3%) e severa em 3 (4,3%).

Em relação aos fatores associados à fragilidade (Tabela 1), verificou-se que os idosos viúvos são mais frágeis do que os casados ou solteiros. A síndrome da fragilidade não apresentou diferenças significativas entre as variáveis sexo, raça/cor da pele e situação conjugal. Observou-se que a fragilidade foi mais acentuada em idosos com idade igual ou superior a 80 anos (82,6%) e que, quanto maior o nível de fragilidade, maior a faixa etária do indivíduo. Com relação à escolaridade, a pesquisa evidenciou que pessoas com baixa escolaridade apresentaram maior prevalência da fragilidade (64,3%).

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas, comportamentais e fragilidade em uma amostra de idosos atendidos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019. (n=145).

	Não frágil N (%)	Pré-frágil N (%)	Frágil N (%)	Valor p
Sexo				0,784
Masculino	21 (36,8%)	5 (27,8%)	26 (37,1%)	
Feminino	36 (63,2%)	13 (72,2%)	44 (62,9%)	

Raça/Cor da pele				0,98
Parda	40 (70,2%)	12 (66,7%)	46 (65,7%)	
Branca	12 (21,1%)	5 (27,8%)	18 (25,7%)	
Negra	5 (8,8%)	1 (5,6%)	5 (7,1%)	
Não sabe	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	
Escolaridade				0,001*
0-5	21 (36,8%)	9 (50,0%)	45 (64,3%)	
6-10	26 (45,6%)	8 (44,4%)	25 (35,7%)	
>11	10 (17,5%)	1 (5,6%)	0 (0%)	
Faixa etária				0,001*
60-69	36 (60%)	9 (15%)	15 (25,0%)	
70-79	19 (30,7%)	7(11,3%)	36 (58,0%)	
80	2 (8,7%)	2 (8,7%)	19 (82,6%)	
Situação conjugal				0,009*
Solteiro	11 (19,3%)	3 (16,7%)	17 (24,3%)	
Casado	36 (63,2%)	10 (55,6%)	23 (32,9%)	
Viúvo	7 (12,3%)	4 (22,2%)	27 (38,6%)	
Divorciado	3 (5,3%)	1 (5,6%)	3 (4,3%)	
Consumo de álcool				0,24
Bebe	0 (0%)	1 (5,6%)	1 (1,4%)	
Nunca bebeu	53 (93,0%)	14 (77,8%)	63 (90,0%)	
Já bebeu	4 (7,0%)	3 (16,7%)	6 (8,6%)	
Tabagista				0,602
Fumou	2 (3,5%)	2 (11,1%)	3 (4,3%)	
Nunca fumou	30 (52,6%)	9 (50,0%)	32 (45,7%)	
Ex-fumante	25 (43,9%)	7 (38,9%)	35 (50,0%)	
Total	57 (39,3%)	18 (12,4%)	70 (48,3%)	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

* Valor de p significante, quando $p \leq 0,05$.

Das comorbidades, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* estão presentes na maioria dos participantes e tiveram associação significativa por meio do teste qui-quadrado de Pearson. A hipertensão arterial ($p=0,003$) está presente em 81,4% dos idosos frágeis e, para o diabetes *mellitus* ($p=0,001$), essa condição é maior nos idosos pré-frágeis (61,1%).

A maioria dos domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton apresentaram escores de significância estatística associada à síndrome estudada, exceto o domínio continência. Quanto à cognição, avaliada por meio do teste do desenho do relógio, a maior prevalência de reprovados com erros significantes ocorreu dentre aqueles classificados como frágeis, 61 (87,1%), caracterizando menor desempenho cognitivo (Tabela 2).

Tabela 2 – Domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton associados aos níveis de fragilidade de uma amostra de idosos de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019 (n=145).

	Não frágil N (%)	Pré-frágil N (%)	Frágil N (%)	P
Cognição				<0,001*
Teste do relógio				
Aprovado	32 (56,2%)	2 (11,1%)	1 (1,4%)	
Reprovado com erros mínimos	10 (17,5%)	6 (33,4%)	8 (11,5%)	
Reprovado com erros significantes	15 (26,3%)	10 (56,6%)	61 (87,1%)	
Estado geral de saúde				<0,001*
Como você percebe sua saúde?				
Excelente/muito boa/boa	46 (80,7%)	10 (55,5%)	10 (14,3%)	
Razoável	11 (19,3%)	7 (38,9%)	53 (75,7%)	
Ruim	0 (0,0%)	1 (5,6%)	7 (10,0%)	
Internações hospitalares				0,002*
Não teve internações hospitalares nos últimos 12 meses	56 (98,2%)	17 (94,4%)	63 (90,0%)	
Internado 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	1 (1,8%)	0 (0,0%)	7 (10,0)	
Internado mais de 2 vezes nos últimos 12 meses	0 (10,0%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	
Independência funcional				<0,001
Dependente em 0-1 AIVDs	57 (100%)	15 (83,3%)	28 (40,0%)	
Dependente em 2-4 AIVDs	0 (0%)	3 (16,7%)	39 (55,7%)	
Dependente em 5-8 AIVDs	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,3%)	
Suporte social				<0,001*

<hr/>			
Conta com a ajuda de alguém?			
Sempre	35 (61,4%)	2 (11,1%)	13 (18,6%)
Às vezes	22 (38,6%)	14 (77,8%)	55 (78,6%)
Nunca	0 (0%)	2 (11,1%)	2 (2,9%)
<hr/>			
Usa 5 ou mais medicamentos			<0,001*
Não	44 (77,2%)	7 (38,9%)	7 (10,0%)
Sim	13 (22,8%)	11 (61,1%)	63 (90,0%)
<hr/>			
Esquece de tomar os medicamentos?			
Não	51 (89,5%)	14 (77,8%)	21 (30,0%)
Sim	6 (10,5%)	4 (22,2%)	49 (70,0%)
<hr/>			
Nutrição			0,002*
Tem perdido peso?			
Não	51 (89,5%)	14 (77,8%)	21 (30,0%)
Sim	6 (10,53%)	4 (22,2%)	49 (70,0%)
<hr/>			
Humor			<0,001*
Sente-se triste ou deprimido?			
Não	39 (68,4%)	11 (61,1%)	13 (18,6%)
Sim	18 (31,6%)	7 (38,9%)	57 (81,4%)
<hr/>			
Continência urinária			0,329
Tem dificuldade de segurar a urina?			
Não	55 (96,5%)	16 (89,9%)	65 (92,9%)
Sim	2 (3,5%)	1 (11,1%)	5 (7,1%)
<hr/>			
Desempenho funcional			<0,001*
Teste levante e ande			
Realizado em 0-10 segundos	37 (64,9%)	6 (33,3%)	2 (2,9%)
Realizado em 11-20 segundos	20 (35,1%)	11 (61,1%)	62 (88,6%)
Realizado em mais de 20 segundos	0 (0,0%)	1 (5,6%)	6 (8,6%)
<hr/>			

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

* Valor de p significante, quando $p \leq 0,05$.

No domínio relacionado ao estado geral de saúde ($p < 0,001$), em torno de 85% dos idosos frágeis têm percepção de saúde como razoável e ruim. Em relação às internações nos últimos 12 meses ($p = 0,002$), a maior ocorrência do evento se deu dentre aqueles considerados frágeis. Com relação à independência funcional ($p < 0,001$), evidenciou-se que aproximadamente 60% dos idosos frágeis apresentam algum grau de dependência para realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), que incluem preparar refeição, locomover-se de um lugar para outro, serviços de casa, administrar o dinheiro, fazer compras, usar o telefone, lavar roupas e tomar remédios.

Observou-se que os idosos pré-frágeis e frágeis apresentam quase a mesma proporção de suporte social de apoio ($p < 0,001$), entretanto, ao acrescentar os que nunca contam com suporte social, os pré-frágeis encontram-se em maior exposição a esse risco. Esse fato pode contribuir para que esse grupo chegue à condição de idoso frágil.

DISCUSSÃO

A fragilidade é uma síndrome de alta prevalência no mundo e ainda relativamente pouco reconhecida como um problema de saúde pública associado ao envelhecimento da população. Suas características e causas têm sido objeto de estudos. Entretanto, existe unanimidade em afirmar que, no âmbito de Atenção Primária à Saúde, deve-se reconhecer o problema, identificar as pessoas frágeis e rastrear de forma preventiva os idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade. Esse procedimento é fator determinante na promoção da qualidade de vida do idoso

(JESUS *et al.*, 2017).

Neste estudo, verificou-se prevalência elevada de idosos frágeis, comparando-se com outros estudos (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009; JESUS *et al.*, 2017). As literaturas internacional e nacional evidenciam que existe uma ampla variação dessa prevalência, não existindo um padrão (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014; MATA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018). Uma revisão sistemática mostrou que diversos países da Europa, os Estados Unidos, o Canadá e a China apresentaram uma ampla variação da prevalência (de 6,9% a 21% para idosos frágeis e 33% a 55% para o estado pré-frágil). Além disso, o estudo corroborou achados que mostram que a síndrome da fragilidade possui uma alta prevalência em países da América Latina (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011; MATA *et al.*, 2016).

Portanto, há a necessidade de se obter um instrumento-padrão ideal para a mensuração da fragilidade para fazer levantamentos populacionais no ambiente natural do idoso (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014; MATA *et al.*, 2016), bem como é relevante que, no âmbito da APS, tenha-se organização da atenção à saúde do idoso, não privilegiando o diagnóstico e o tratamento das doenças. Deve-se considerar as demandas do idoso contemplando a promoção à saúde, ações preventivas e curativas, articuladas de modo a garantir a integralidade e continuidade do cuidado (MEDEIROS *et al.*, 2017).

No entanto, a integralidade tem se tornado um desafio devido aos cuidados centrados no modelo biomédico. É necessário preparar os profissionais para a identificação dos aspectos cognitivos, de humor, mobilidade e comunicação como domínios

essenciais à saúde, pois, devido aos diversos serviços prestados a diferentes grupos etários, sabe-se que essa avaliação à saúde do idoso, de forma integral, não é explorada na prática (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A fragilidade demonstrou associação estatisticamente significativa com a situação conjugal viúvo, menor escolaridade, faixa etária mais elevada e comorbidades. Esses fatores cognitivos e sociais estão presentes na literatura como influenciadores para a condição de fragilidade, conforme demonstram diversos estudos (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011; SANTOS *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2018; LOURENÇO *et al.*, 2018). Estudos demonstram também que a fragilidade e o comprometimento cognitivo são fenômenos associados e que idosos frágeis tendem a ter pior desempenho cognitivo (FRIED *et al.*, 2001; CRUZ *et al.*, 2017; FHON *et al.*, 2016; FHON *et al.*, 2018).

Um aspecto relevante neste estudo foi a associação entre a síndrome da fragilidade e o domínio independência funcional. Observou-se uma evolução gradual de dependência entre os idosos frágeis para realizar atividades instrumentais da vida diária. Pessoas idosas em ambientes menos estimulantes reduzem o uso de suas habilidades cognitivas, levando o organismo a perder cada vez mais essa capacidade. O idoso independente, socialmente participativo, tenderia a ter melhor desempenho cognitivo pelo constante uso dessa habilidade (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014).

No desempenho funcional, observou-se que os idosos com mais fragilidade possuem mais dificuldade de locomover-se. Da mesma forma, outro estudo de base populacional evidenciou

uma prevalência similar de idosos frágeis e uma associação significativa com a capacidade de andar. Além disso, fatores como a sarcopenia, disfunções neuroendócrinas e alterações imunes levam ao declínio funcional no indivíduo (CRUZ *et al.*, 2017).

A relação entre polifarmácia e fragilidade apresentou associação significativa. Diversos estudos também evidenciaram esse resultado (SILVANO *et al.*, 2012; SAUM *et al.*, 2017). Entende-se que o processo de fragilização tem relação com o aumento do uso de medicamentos e, assim, há um maior risco de interações que agravam o quadro clínico do idoso, aumentando o risco de eventos potencialmente graves e fatais (PAGNO *et al.*, 2018).

O estudo mostrou que o sentimento de tristeza e solidão é comum nas pessoas idosas e foi mais presente naquelas pré-frágeis e com fragilidade. Estudos mostram que a fragilidade é um fator de risco para a depressão e que esse risco aumenta em idosos que apresentam especialmente a lentidão na marcha e a baixa atividade física. Além disso, identificou-se que existem poucos estudos sobre o tema na população idosa brasileira (NASCIMENTO; BATISTONI, 2019).

A fragilidade decorre também de condições biológicas e psicológicas, inerentes ao envelhecimento fisiológico e à presença de patologias. A relação existente entre comorbidades, principalmente a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, e a fragilidade, ficou evidente neste trabalho, resultados que corroboram outros estudos (FRIED *et al.*, 2001; TRIBESS; OLIVEIRA, 2011; CICUTTO, 2018; VETRANO *et al.*, 2018; BUSTAMANTE-ARA *et al.*, 2019). É chegado o momento de considerar a fragilidade como um sinal vital, visto que as

consequências negativas no indivíduo, incluindo incapacidade, sofrimento prolongado e morte são devastadoras. O rastreamento da fragilidade deve ser parte importante no cuidado ao idoso (CICUTTO, 2018).

A identificação precoce, na Atenção Primária, de idosos quanto aos níveis de fragilidade é uma estratégia importante para subsidiar medidas preventivas que retardem o aparecimento ou agravamento da síndrome. Estudos nacionais têm evidenciado diminuição nas taxas de internação de idosos em razão da qualidade da assistência e a efetividade dos cuidados prestados na Atenção Primária. Isso evidencia a importância da reorganização da AP em relação à valorização e maior visibilidade da linha de cuidado do idoso. As políticas públicas necessitam se adequar às mudanças advindas com o envelhecimento populacional (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019).

Destaca-se como contribuição para a saúde a possibilidade de elaborar estratégias que levem em consideração os fatores predisponentes à fragilidade incapacitante e relativos às necessidades de saúde dos idosos. A compreensão dos fatores que estão associados à fragilidade é essencial para a continuidade do cuidado ao idoso na Atenção Primária, pois, a partir disso, os profissionais de enfermagem e da equipe de Saúde da Família podem contribuir substancialmente para estimular ações preventivas, orientando-os e elaborando intervenções que promovam a saúde dos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que a síndrome da fragilidade é uma condição presente nos idosos e a sua identificação deve ser prioridade na Atenção Primária à Saúde. Situação conjugal, idade, comorbidades, menor escolaridade, humor, polifarmácia, internações e independência funcional estão associados à referida síndrome.

Tendo em vista o aumento da população idosa no Brasil, é necessário buscar por mudanças e adaptações do serviço de saúde a essa demanda, contemplando o idoso como uma das prioridades de atenção. A identificação precoce e o acompanhamento na Atenção Primária permitem a elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção que favoreçam o envelhecimento com qualidade.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M. *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 27 jul. 2018.

BUSTAMANTE-ARA, N. *et al.* Frailty and health risks in an agricultural population, Chile 2014–2017. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 82, p. 114-119, 2019.

CICUTTO, L. C. Frailty: Is This a New Vital Sign? **Chest J.**, v. 154, n. 1, p. 1-2, 2018. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(18\)30547-6/pdf](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(18)30547-6/pdf). Acesso em: 1 set. 2019.

CRUZ, D. T. *et al.* Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 106, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007098.pdf. Acesso em: 16 set. 2019.

DUARTE, Y. A. O. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. **Envelhecimento & Saúde**, v. 47, p. 49-52, 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a12_bisn47.pdf. Acesso em: 8 jul. 2018.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. *et al.* Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, nov./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf. Acesso em: 16 jul. 2018.

FHON, J. R. S. *et al.* Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis.

Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 1003-1010, 2016.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/0080-6234-reeusp-50-06-01005.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

FHON, J. R. S. *et al.* Factors associated with frailty in older adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 74, 2018.
Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/148599>. Acesso em: 3 maio 2019.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Gerontol. Med. Sci.**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.
Disponível em: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fenotipo_frailty.pdf. Acesso em: 14 jul. 2018.

JESUS, I. T. M. *et al.* Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n6/0103-2100-ape-30-06-0614.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

LOURENÇO, R. A. *et al.* Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. **Geriatr. Gerontol. Aging.**, v. 12, n. 2, p. 121-135, 2018.
Disponível em: <http://ggaging.com/details/472/pt-BR/brazilian-consensus-on-frailty-in-older-people--concepts--epidemiology-and-evaluation-instruments>. Acesso em: 7 abr. 2019.

MATA, F. A. F. *et al.* Prevalence of Frailty in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS ONE**, v. 11, n. 8, p. 1-18, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0160019&type=printable>. Acesso em: 2 ago. 2019.

MEDEIROS, K. K. A. S. *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde**

debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 288-295, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2021.

MELLO, A. C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-25, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1143.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 81, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

NASCIMENTO, P. P. P.; BATISTONI, S. S. T. Depressão e fragilidade na velhice: uma revisão narrativa das publicações de 2008-2018. **Interface** (Botucatu), v. 23, e180609, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.180609>. Acesso em: 1 abr. 2021.

PAGNO, A. R. *et al.* A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores relacionados à fragilidade em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 588-596, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/gmCSJ5bcDCMjqH5bXHddLGF/?lang=en>. Acesso em: 1 abr. 2021.

RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 22, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190010>. Acesso em: 12 set. 2019.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Síndrome da fragilidade entre idosos e fatores associados: comparação de dois municípios. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3100.pdf. Acesso em: 7 out. 2019.

ROLFSON, D. B. *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing**, v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5955195/>. Acesso em: 1 abr. 2021.

SANTOS, P. H. S. *et al.* O Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1917-1924, jan./jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601917. Acesso em: 10 jul. 2018.

SAUM, K. U. *et al.* Is polypharmacy associated with frailty in older people? Results from the ESTHER Cohort Study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 65, n. 2, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.14718>. Acesso em: 30 set. 2019.

SILVANO, C. M. *et al.* The phenomenon of polupharmacy in the frail elderly. **R. pesq. cuid. fundam. online**, v. 4, n. 4, p. 2995-3005, out./dez. 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1876/pdf_642. Acesso em: 7 out. 2019.

TRIBESS, S.; OLIVEIRA, R. J. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 13, n. 5, p. 853-864, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n5/v13n5a14.pdf>. Acesso em: 3 out. 2019.

VETRANO, D. L. *et al.* Hypertension and frailty: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 8, n. 12, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/12/e024406.full.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS QUILOMBOLAS DO MARANHÃO, BRASIL: RELATOS DE PESQUISA

Rafael Lima Soares

Getúlio Rosa dos Santos Junior

Andressa Rayane Viana Barros

Isaias Pereira da Silva

Andréa Suzana Vieira Costa

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma doença multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada de níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg, e de grande impacto na saúde pública devido à sua magnitude, prevalência e alta morbimortalidade. Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia, especialmente idade superior a 59 anos, etnia negra, baixa escolaridade e menor renda, inatividade física, consumo de álcool, tabagismo, dislipidemia, obesidade abdominal e intolerância à glicose ou diabetes *mellitus* (DM). No cenário de mudanças na estrutura etária e epidemiológica, o envelhecimento populacional, junto à intensa miscigenação, pode explicar o fato de a HAS ser tão prevalente no Brasil (MALTA, 2017; MALACHIAS *et al.*, 2016; BRASIL, 2013).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram um crescimento da população idosa dos atuais 12% para 22% em 2050, no mundo. Estima-se que até essa data 80% das pessoas

idosas vivam em países de renda média ou baixa, acarretando desequilíbrios previdenciários e dos serviços de saúde (WHO, 1995).

A vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2018 mostra que 24,7% dos brasileiros maiores de 18 anos e residentes nas capitais e Distrito Federal referem possuir a HAS, sendo o agravo mais prevalente na população com 65 anos ou mais (59,3%). No tocante à situação maranhense, a prevalência autorreferida foi de 15,9%, na capital do estado (BRASIL, 2018).

No Brasil, verifica-se um aumento expressivo de idosos, em todas as regiões e classes sociais, ao mesmo tempo em que as causas de internações e mortes sofrem transformação contundente, aumentando assim os casos de doenças do aparelho circulatório e neoplasias, enquanto diminuem os casos de doenças infectocontagiosas. Todavia, esse não é um processo horizontal no Brasil; nos rincões deste país, os idosos convivem com doenças infectocontagiosas, enquanto aumentam os casos de cânceres, doenças cardiovasculares, transtornos psíquicos e demências, cenário da Tripla Carga de Doenças (MIRANDA *et al.*, 2016; MENDES, 2010).

Em um estudo internacional, avaliaram-se os fatores para a redução do risco global de Acidente Vascular Encefálico (AVE) em negros norte-americanos, entre os anos de 1990 e 2010, identificando a existência de um padrão de hipertensão com níveis pressóricos elevados e persistentes nestes indivíduos, quando comparados aos brancos. Tal resultado é corroborado por Varga e Cardoso (2016), que mostraram haver uma baixa

eficácia terapêutica no uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) – captopril e maleato de enalapril – na população assistida por seu estudo, indicando necessidade de mudança nos protocolos (NADRUZ *et al.*, 2017; VARGA; CARDOSO, 2016).

No que se refere à situação quilombola, é fundamental que lembremos que o processo de marginalização atual decorre da própria escravidão e da ausência de inclusão no transcorrer da história, visto que políticas públicas que garantam a demarcação e titulação de terras, assim como a assistência integral à saúde da população negra, são fatos relativamente recentes (BRASIL, 2017; VARGAS; CARDOSO, 2016; BRASIL, 2013; 2003).

Todas as regiões do Brasil apresentam quilombos, sendo que o Maranhão agrega 27,7% dessa população. Dentre as morbidades que acometem a população idosa quilombola, a HAS é a mais prevalente, com estudos mostrando prevalência nesse grupo. A pré-hipertensão em indivíduos abaixo dos 60 anos é um problema a se levar em conta, visto que nesses territórios há uma carência de assistência à saúde e os hábitos alimentares e de vida podem levar a uma incidência ainda maior dessa condição (BRASIL, 2017; SANTOS, 2015; BRASIL, 2013; 2003).

Em um estudo realizado com idosos quilombolas no Maranhão, evidenciaram-se características comuns a outras comunidades remanescentes, como a autodeclaração quase unânime de pretos e pardos, analfabetismo como o mais corriqueiro grau de escolaridade, predomínio de casados e viúvos, renda mensal familiar de meio a um salário mínimo e acesso precário a saneamento básico, educação e serviços de saúde. Esses

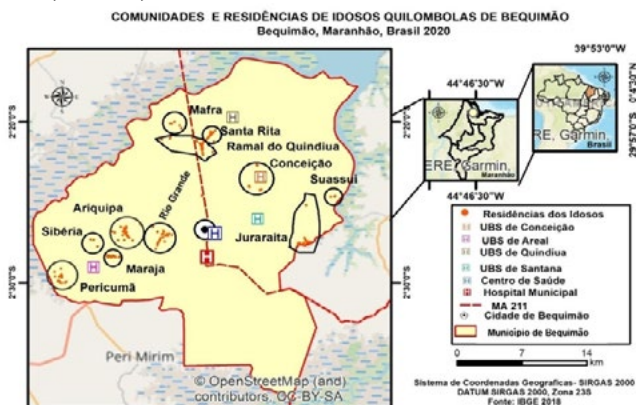
fatores corroboram os baixos escores na avaliação da qualidade de vida dessa população (SARDINHA *et al.*, 2019).

A prevalência de hipertensão arterial na população quilombola maranhense mostra que a baixa escolaridade e nível socioeconômico afetam de sobremaneira esses indivíduos, que necessitam de diretrizes eficazes para a prevenção de complicações vasculares, explicitando a urgência de que novas pesquisas apontem o rumo da assistência integral a essa população de acordo com a realidade do município. Esses trabalhos são fundamentais para a formulação de políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARDOSO; MELO; FREIRAS, 2018). Nesse contexto, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de valores pressóricos aumentados e seus fatores associados em idosos pertencentes às comunidades quilombolas no município de Bequimão-MA.

MÉTODO

Este estudo faz parte do projeto intitulado “Inquérito populacional sobre as Condições de Vida e Saúde dos Idosos Quilombolas de uma Cidade da Baixada Maranhense” (Projeto IQUIBEQ). Trata-se de estudo transversal, de base domiciliar, realizado em 11 comunidades remanescentes de quilombolas do município de Bequimão, Maranhão, Brasil, conforme Figura 1. Todas as comunidades são oficialmente reconhecidas como remanescentes pela Fundação Cultural Palmares, vinculadas ao Ministério da Cidadania.

Figura 1 – Localização geográfica das 11 comunidades remanescentes de quilombolas em Bequimão (Projeto IQUIBEQ), Maranhão, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Participaram do estudo todos os convidados que compareceram aos locais de coletas de dados (Unidades Básicas de Saúde, escolas e igrejas), nas datas agendadas, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos idosos incapacitados de manifestar seu consentimento ou que não estavam acompanhados de representante.

A população de estudo foi composta por idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes nas comunidades quilombolas. Os idosos foram recrutados por meio de uma articulação com a Secretaria de Assistência Social do município e os agentes comunitários de saúde (ACS) das respectivas comunidades. Os ACS realizaram levantamento prévio e construíram lista nominal com informações do sexo e data de nascimento, contabilizando 220 idosos. Todos eles foram convidados a participar da pesquisa, porém após as recusas e dificuldades de encontrá-los nas

comunidades, em duas tentativas em datas distintas, a amostra final avaliada foi de 208 idosos.

A coleta de dados foi realizada durante a semana, em horários diurnos, entre os meses de julho a outubro de 2018. Previamente foi realizado estudo-piloto para ajustes dos instrumentos e treinamento dos entrevistadores. Durante a coleta de dados, os entrevistadores poderiam consultar o manual de instruções para esclarecimento das dúvidas, além de estarem acompanhados dos pesquisadores responsáveis da pesquisa.

Ressalta-se a fundamental contribuição da Prefeitura Municipal de Bequimão, por meio da Secretária de Assistência Social, que disponibilizou apoio logístico para o transporte dos pesquisadores, agentes comunitários de saúde e voluntários do Projeto IQIBEQ até as comunidades, assim como da Secretária Municipal de Saúde, pela disponibilização de seus ACS e unidades de saúde.

Foram aplicados questionários sobre a condição socioeconômica, comportamentos de saúde, aferição de dados antropométricos e hábitos alimentares. Entre as características socioeconômicas: sexo, idade, raça/cor da pele, situação conjugal, sabe ler e escrever, renda familiar em reais, estrato socioeconômico conforme Classe Social pelo Novo Critério Brasil (ABEP, 2018), recebimento de benefício do governo (aposentadoria/pensões ou benefício de Bolsa Família), material apropriado usado na construção da parede (alvenaria com ou sem revestimento), cobertura (telha, laje), piso (cerâmica, cimento), número de cômodos, abastecimento adequado de água, tratamento da água para consumo, destino do esgoto e manejo de lixo.

Entre os comportamentos de saúde, verificaram-se: participação em atividades esportivas ou artísticas em grupo nos últimos 12 meses; frequência da prática de algum esporte ou exercício físico nos últimos três meses; tabagismo atual e tabagismo passado, consumo de álcool (se abstinência, consumo não abusivo ou consumo abusivo). Verificou-se também se os idosos fizeram uso dos medicamentos para controle da hipertensão nas últimas duas semanas.

Para as medidas antropométricas e hábitos alimentares foram aferidos: peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura (PC), perímetro do quadril (PQ), razão cintura quadril (RCQ), consumo de carnes vermelha ou de frango com excesso de gordura ou pele e consumo semanal de doces. Para a obtenção do peso corporal, os idosos foram pesados descalços e orientados a retirarem objetos e adornos que poderiam interferir no peso corporal real. Ao subir na plataforma da balança, o idoso deveria ficar ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Foi utilizada uma balança digital eletrônica, da marca *Omron*[®] digital, com capacidade de 200 kg e precisão de 100 g (BRASIL, 2011).

A medida da altura foi realizada com estadiômetro portátil da marca *Altorexata*. A altura foi aferida em centímetros, de modo que o idoso foi posicionado com os pés paralelos e os calcanhares, panturrilhas, glúteos, costas e parte posterior da cabeça deveriam estar encostados no estadiômetro, ou no mínimo três deles (BRASIL, 2011).

O PC foi aferido com o indivíduo de pé, ereto, com braços estendidos ao longo do corpo, sendo realizado no ponto médio

entre a última costela e a crista íliaca, com uma fita métrica inextensível. Para o PQ, utilizou-se a fita inelástica, em que o PQ foi medido na área de maior perímetro aparente da região glútea. O IMC dos idosos foi classificado de acordo com os pontos de corte de *Lipschitz*: Baixo Peso (IMC <22kg/m²); Eutrófico (IMC entre 22kg/m² e 27kg/m²); e Excesso de Peso (que representa as pessoas com sobrepeso e obesidade) (IMC >27kg/m²). Para a obtenção das variáveis sobre hábitos alimentares foi utilizado questionário sobre o padrão alimentar dos idosos (SOUSA, 2013; BRASIL, 2011).

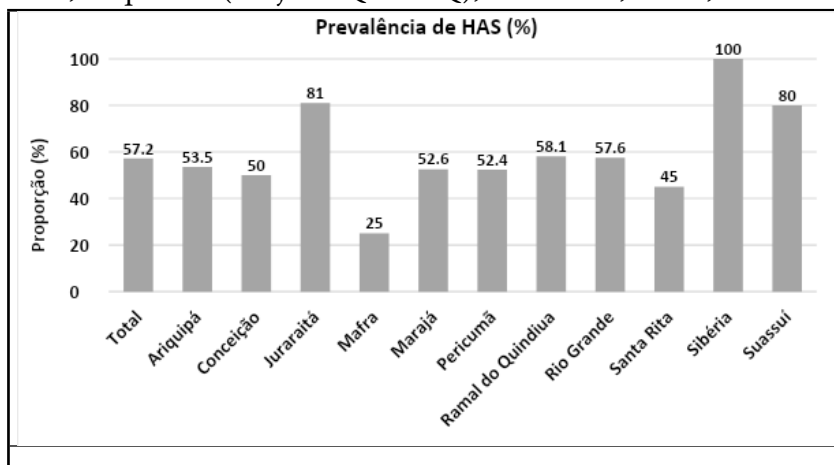
Verificou-se a distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis relacionadas à situação socioeconômica, comportamentos de saúde, condição antropométrica e hábitos alimentares, segundo o diagnóstico de hipertensão arterial. Diferenças nas prevalências dessas variáveis foram verificadas por meio do teste qui-quadrado. Diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (parecer favorável: 2.476.488 de 28/01/2018) e todos os participantes assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 208 idosos. A mediana da idade foi de 70 anos (64-78 anos). A prevalência da HAS foi 57,2% (n=119), variando de 25,0% a 100,0% dos idosos entre as 11 comunidades quilombolas a que eles pertenciam (Figura 2).

Figura 2 – Prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo as comunidades quilombolas, de idosos quilombolas ≥ 60 anos, Bequimão (Projeto IQUIBEQ), Maranhão, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

A maioria dos avaliados eram mulheres (54,3%) e tinham entre 60 a 69 anos de idade (48,6%). Consideravam-se de cor/raça preta (59,1%), viviam sem cônjuge (64,4%) e não sabiam ler e escrever (54,3%). Apesar de 91,8% terem a aposentadoria como fonte de renda e 63,9% terem renda familiar acima de um salário mínimo, 98,1% dos idosos pertenciam à classe econômica D/E. Quanto às condições de moradia, 70,2% residiam em casas com quatro a sete cômodos, apenas 28,4% tinham simultaneamente paredes, telhado e piso construídos com material adequado. A maioria não recebia abastecimento de água no domicílio, com 82,2% consumindo água de poço/nascente de dentro ou fora de sua propriedade. Sendo que 31,3% dos idosos não possuíam tratamento adequado da água no domicílio. Destino rudimentar ou a céu aberto do esgoto foi referido por 43,3% e nenhum deles tinha coleta regular de lixo dos domicílios (Tabela 1).

Entre as variáveis socioeconômicas, foram observadas diferenças estatisticamente significantes na distribuição delas entre os hipertensos e não hipertensos apenas para a faixa etária (p -valor=0,046), estrato socioeconômico (p -valor=0,052), material predominante utilizado na construção de paredes, telhado e piso (p -valor= 0,004) e esgotamento do banheiro (p -valor= 0,022). A prevalência aumentou com a idade, variando de 48,5% entre 60 a 69 anos a 67,5% entre os mais longevos. Entre os estratos socioeconômicos, foi elevada em todos eles, mas diminuiu com a piora do estrato e foi maior entre os idosos com melhor estrutura domiciliar e de saneamento básico (Tabela 1).

Tabela 1 – Prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) segundo características socioeconômicas, demográficas e sanitárias de idosos quilombolas ≥ 60 anos, Bequimão (Projeto IQIBEQ), Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Idosos				p -valor ¹
	Total (N=208)		Hipertensos (N=119)		
	N	%	n	%	
Sexo					
Masculino	95	45,7	48	50,5	0,074
Feminino	113	54,3	71	62,8	
Faixa etária (em anos)					
60 a 69	101	48,5	49	48,5	0,046
70 a 79	67	32,2	43	64,2	
≥ 80	40	19,3	27	67,5	
Cor/raça					
Preta	123	59,1	74	60,2	0,408
Parda	60	28,9	30	50,0	
Outras	25	12,0	15	60,0	
Situação conjugal					
Com cônjuge	74	35,6	38	51,3	0,204
Sem cônjuge	134	64,4	81	60,4	
Sabe ler e escrever					

Sim	95	45,7	61	64,2	0,061
Não	113	54,3	58	51,3	
Renda familiar em salário mínimo de 954,00 (em reais)					
< 1 Salário mínimo	75	36,0	38	50,7	0,368
1 a 2 Salários mínimos	133	64,0	81	60,9	
Estrato socioeconômico*					
C	4	2,0	4	100	0,052
D	33	17,8	23	69,7	
E	171	82,2	92	53,8	
Benefícios recebidos					
Aposentadoria/pensões	191	91,9	109	57,0	0,889
Bolsa Família	14	6,7	9	64,2	
Número de cômodos por domicílio					
≤ 3	4	2,0	2	50	0,134
4 a 7	142	70,1	75	52,9	
≥ 8	62	29,9	42	67,8	
Material predominante utilizado na construção de paredes, telhado e piso é simultaneamente adequado					
Sim	59	28,4	43	72,9	0,004
Não	149	71,6	76	51,0	
Abastecimento de água					
Rede geral	37	17,8	26	70,3	0,198
Poço ou nascente na propriedade	124	59,6	71	57,3	
Poço ou nascente fora da propriedade	45	21,6	21	46,7	
Outras formas	2	1	1	50	
Tratamento de água no domicílio					
Apropriado	143	68,7	85	59,4	0,335
Não apropriado	65	31,2	34	52,3	
Esgoto de banheiros/sanitários do domicílio					

Fossa séptica	118	56,7	77	65,2	
Fossa rudimentar/Céu aberto	90	43,3	42	46,7	0,022
Manejo do lixo					
Jogado a céu aberto	22	10,6	10	45,4	
Queimado/enterrado	186	89,4	109	58,6	0,239

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Notas: *Não houve idosos no estrato social A e B; 1 – Teste qui-quadrado.

Observou-se, em relação aos comportamentos e hábitos de saúde, que a maioria dos idosos são sedentários, 62,5% não realizava atividades esportivas ou artísticas em grupo e 80,8% não fazia atividade física individualmente. A maioria não fuma atualmente (91,3%) e nem fumou no passado (59,1%). Cerca de 75,0% não faz consumo de álcool, porém a prevalência de consumo abusivo foi de 12,4%. Destaca-se que 25,8% dos idosos que autorreferiram HAS não fizeram uso de medicação anti-hipertensiva nas duas últimas semanas, sendo essa a única variável que apresentou diferenças estatísticas ($p\text{-valor} = 0,001$). Embora os hipertensos, comparados aos não hipertensos, pratiquem mais atividades em grupo ou individual, fumem menos atualmente, terem fumado mais no passado e consumido mais abusivamente álcool, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre eles (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) segundo comportamentos de saúde de idosos ≥ 60 anos, quilombolas, Bequimão, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Idosos				<i>p</i> -valor ¹
	Total (N=208)		Hipertensos (n=119)		
	N	%	n	%	
Nas últimas duas semanas, fez uso da medicação anti-hipertensiva					
Sim	88	57,7	88	100,0	0,001
Não	120	42,3	31	25,8	
Atividades esportivas ou artísticas em grupo nos últimos 12 meses					
Sim	78	37,5	41	52,6	0,537
Não	130	62,5	78	60,00	
Atividade física regular individual nos últimos três meses					
Sim	40	19,2	26	65,0	0,268
Não	168	80,8	93	55,3	
Fuma atualmente					
Sim	18	8,6	8	44,4	0,252
Não	190	91,3	111	58,4	
Fumou no passado					
Sim	85	40,9	46	54,1	0,453
Não	123	59,1	73	59,3	
Consumo de álcool					
Abstinência	152	75,2	93	61,2	0,222
Consumo não abusivo	25	12,4	11	44,0	
Consumo abusivo	25	12,4	13	52,0	

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Notas: 1 – Teste qui-quadrado.

Entre todos os idosos, 47,3% apresentaram alteração dos níveis de IMC, sendo 21,5% em excesso de peso. O risco cardiovascular avaliado pelo PC foi de 54,7% dos idosos. Já segundo a RCQ, apenas 18,7% estavam em baixo risco e 53,2% em risco elevado. O consumo de carnes vermelha ou de frango com excesso de gordura ou pele foi referido por 25,9% dos idosos, e o consumo semanal de doces por 22,4%. Entre os hipertensos, comparados aos não hipertensos, observou-se que a maioria deles apresentou excesso de peso (68,2%) e caquexia (50,9%). Entre esses idosos, o risco cardiovascular também foi maior tanto pelo PC (66,7%) quanto pelo RCQ moderado (56,1%) e elevado (63,9%). O consumo de carnes vermelha ou de frango com excesso de gordura ou pele (58,5%) e semanal de doces (54,4%) foi maior nos hipertensos. Contudo, apesar de essas diferenças, elas foram estatisticamente significantes apenas para o risco cardiovascular medido pelo PC (p -valor= 0,002) e RCQ (p -valor= 0,007) (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) segundo variáveis antropométricas, em idosos quilombolas ≥ 60 anos, Bequimão (Projeto IQUIBEQ), Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Idosos				p -valor ^t
	Total (N=208)		Hipertensos (n=119)		
	n	%	n	%	
IMC					
Baixo peso	53	25,8	27	50,9	0,196
Normal	108	52,7	59	54,6	
Excesso de peso	44	21,5	30	68,2	
Perímetro da Cintura (PC)					
Sem risco	92	45,3	41	44,6	0,002
Risco	111	54,7	74	66,7	

Razão cintura quadril (RCQ: PC/PQ)					
Risco baixo	38	18,7	13	34,2	
Risco moderado	57	28,1	32	56,1	
Risco alto	108	53,2	69	63,9	0,007
Consumo de carnes vermelha ou de frango com excesso de gordura ou pele					
Sim	53	25,9	31	58,5	
Não	152	74,1	85	55,9	0,745
Consumo semanal de doces					
Sim	46	22,4	25	54,4	
Não	159	77,6	91	57,2	0,728

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Notas: 1 – Teste qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram elevada prevalência de HAS, de privações socioeconômicas e sanitárias entre os idosos quilombolas investigados, com variações importantes na prevalência de HAS entre as comunidades avaliadas. Os idosos mais longevos e com condições materiais de vida menos precárias tiveram maior prevalência de HAS, sugerindo que o conhecimento do status de adoecimento pode depender dessas condições. Mesmo conhecendo o diagnóstico de HAS, $\frac{1}{4}$ dos idosos não fez uso da medicação anti-hipertensiva nas últimas duas semanas, indicado a baixa adesão ou acesso ao tratamento farmacológico. Observou-se também que o risco nutricional e cardiovascular medido pelo PC e RCQ: PC/PQ foi sempre maior entre os hipertensos, revelando a sobreposição de fatores de riscos à saúde dos idosos.

A prevalência de HAS nas comunidades quilombolas de Bequimão-MA foi elevada (57%) quando comparada à

média encontrada nas capitais dos 26 estados e do DF (24,2%), equiparadas às mesmas faixas etárias (MALTA *et al.*, 2017). Também se mostra elevada quando comparada à prevalência da patologia na amostra encontrada na população adulta de São Luís (15,9%), através da VIGITEL (BRASIL, 2018).

Em concordância com os estudos envolvendo a população geral produzidos no Brasil e nos EUA, a prevalência de HAS mostra forte associação com o aumento da idade (VARGA; CARDOSO, 2016; SANTOS; CUNHA, 2018). Isso se explica, principalmente, pelo processo de enrijecimento dos vasos decorrente de alterações na microarquitetura da camada média das grandes artérias (MALACHIAS *et al.*, 2016). Esse fato joga luz sobre a necessidade de um modelo de cuidados aos idosos que se baseie na integralidade do cuidado e na prevenção e promoção à saúde, frente às alterações inerentes ao envelhecimento (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A prevalência de HAS na amostra foi superior tanto aos estudos envolvendo população geral quanto àqueles que foram realizados em comunidades quilombolas de outros estados, entre 26% a 52,2% (BRASIL, 2018). Vale ressaltar que essa oscilação se deve a questões metodológicas (o número de aferições e as condições que foram realizadas, assim como se a patologia foi autorreferida ou confirmada por aferição dos pesquisadores), variações regionais (consumo de álcool e padrão alimentar das comunidades) e questões genéticas ainda não esclarecidas, as quais não são alvo deste estudo.

Neste estudo não foi observada associação significativa na ocorrência de HAS em relação ao sexo dos quilombolas. Esse achado se contrapõe aos dados da literatura de outros estudos envolvendo adultos quilombolas (SILVA *et al.*, 2016; SANTOS; SCALA; SILVA, 2015).

A associação significativa entre estratos socioeconômicos menos favorecidos e HAS é um dado encontrado em outras literaturas e demonstra independência (SILVA *et al.*, 2016; SANTOS; CUNHA, 2018). Esse achado corrobora que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde compromete a adesão ao tratamento medicamentoso e, como consequência, impacta negativamente na qualidade de vida dos idosos hipertensos, historicamente marginalizados e que necessitam de atenção integral às suas condições de saúde (DURAND; HEIDEMAN, 2019). Material utilizado de modo predominante na construção de paredes, telhado e piso, simultaneamente, adequado e esgotamento sanitário com fossa séptica mostraram que tais aspectos impactam positivamente no processo saúde-doença de comunidades quilombolas, ao mesmo tempo em que se relacionam com maior conhecimento sobre o status de doenças do aparelho circulatório (FREITAS *et al.*, 2018).

Em relação aos de Comportamentos de Saúde, 25% dos hipertensos não fizeram uso de medicação anti-hipertensiva nas duas últimas semanas, mostrando assim associação significativa entre HAS e esse comportamento. Vale ressaltar que a adesão adequada ao tratamento é fundamental na manutenção da qualidade de vida do portador da patologia e que, associada a atividade física e alimentação balanceada, previne desfechos

cardiovasculares desfavoráveis (MALAQUIAS *et al.*, 2016; BRASIL, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

Ao contrário dos resultados apresentados em trabalhos envolvendo população quilombola, não se mostrou associação significativa entre a HAS e o IMC dos participantes. Todavia, as variáveis PC e RQC se mostram associadas, corroborando os achados envolvendo comunidades tradicionais da Bahia, Sergipe, Mato Grosso e Pará (SILVA *et al.*, 2016; SANTOS; SCALA; SILVA, 2015; SOUZA *et al.*, 2013; MELO; SILVA, 2015). Tais resultados confirmam também a ideia de que a adiposidade visceral abdominal afeta a saúde física e aumenta a chance de HAS. O acúmulo de gordura na região abdominal é preocupante, visto que, em geral, indivíduos nessa condição apresentam, simultaneamente, dislipidemia, resistência insulínica e HAS, aumentando o risco de agravos cardiovasculares e óbito (MALACHIAS *et al.*, 2016; BRASIL, 2013; BRASIL, 2011; MELO; SILVA, 2015; SAMPAIO, 2004). O consumo de proteínas animais com excesso de gordura e de doces, semanalmente, não se mostra significativo na amostra.

Apesar desses resultados, eles apresentam limitações. As associações entre a variável desfecho (hipertensão arterial) e as independentes observadas no presente estudo, por terem sido obtidas em um único momento (estudo de delineamento transversal), não possibilitam estabelecer uma relação de causalidade entre si. A HAS foi obtida por autorrelato, a partir de diagnóstico médico referido aos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência da hipertensão arterial foi elevada entre os idosos e se mostrou associada a um conjunto de características

individuais e contextuais, quando comparada à população geral e à população quilombola de outros trabalhos. A idade, estrato socioeconômico, condições adequadas de habitação, a não utilização de anti-hipertensivos nas últimas duas semanas, PC e o RCQ foram os principais fatores de risco associados. Esses achados apontam para a necessidade de melhor planejamento da assistência à saúde aos idosos quilombolas e servem como parâmetro para que os sistemas de saúde possam desenvolver estratégias de promoção, proteção e reabilitação em saúde nas comunidades remanescentes de quilombo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério Brasil e Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 16/04/2018. Critério de classificação econômica Brasil. **Abep**, p. 1-6, 2018. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2018.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BEZERRA, V. M. *et al.* Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, p. e00139516, 2017.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, 21 nov. 2003. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:**

Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica-Caderno de Atenção Básica, nº 37**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. v. 160. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1037-1045, 2018.

COELHO, L. P.; MOTTA L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis**, v. 28, n. 4, 2018.

DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, p. e03451, 2019.

FREITAS, I. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Rev. Cuid.**, v. 9, n. 2, p. 2187-2200, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2187.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2020.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Asso Bras. Cardiol.**, n. 3, p. 1-83, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 11s, 2017.

MELO, M. F. T.; SILVA, H. P. Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em Comunidades Quilombolas do Pará. **Rev. ABPN**, v. 7, n. 16, p. 168-189, mar./jun. 2015. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/103/100>. Acesso em: 08 abr. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MIRANDA, G. M. *et al.* O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/180998232016019.150140>. Acesso em: 12 jan. 2020.

NADRUZ JR., W. *et al.* Racial disparities in risks of stroke. **N. Engl. J. Med.**, v. 376, n. 21, p. 2089, 2017.

SAMPAIO, L. R. Nutritional evaluation and ageing. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 4, p. 507-514, 2004.

SANTOS, E. C.; SCALA, L. C. N.; DA SILVA, A. C. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. **Rev. bras. hipertens**, p. 100-105, 2015. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881238/rbh_v22n3_100-105.pdf. Acesso em 15 mai.2020. Acesso em: 12 jan. 2020.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. **Rev. Família, Ciclos Vida e Saúde no Context. Soc.**, v. 6, p. 321-329, 2018.

SARDINHA, A. H. L. *et al.* Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019.

SILVA, T. S. S. *et al.* Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 376-383, 2016.

SOUZA, R. *et al.* Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 81-90, 2013. Disponível em: <https://www.scelo.br/pdf/rbgg/v16n1/a09v16n1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

VARGA, I. V. D.; CARDOSO, R. L. S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde e Soc.**, v. 25, p. 664-671, 2016.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Aging in Brazil: The building of a healthcare model. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry.** Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 18 mar. 2020.

AGRADECIMENTOS

Aos idosos das comunidades quilombolas que participaram da pesquisa e às lideranças comunitárias. À Prefeitura Municipal de Bequimão, juntamente com a Secretaria de Assistência Social, às equipes da Estratégia da Família e à UFMA pelo apoio logístico.

Este projeto foi parcialmente financiado pela Fundação de Pesquisa do Estado Maranhão (FAPEMA, Edital universal), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Edital universal) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), Código de Financiamento 001, ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF – UFMA).

ALÍVIO DA ANSIEDADE UTILIZANDO REI-KI E RESPIRAÇÃO CONECTADA

*Luciana Rodrigues Cordeiro
Maria Fátima Maciel Araujo
Ângela Maria Alves e Souza*

INTRODUÇÃO

As emoções estão presentes no cotidiano de todas as pessoas e são muito importantes para a nossa sobrevivência. Senti-las em nosso corpo e consciência nos remete a algo importante que necessita de atenção e cuidado. Percebe-se que as emoções impulsionam, de modo imediato, a realização de ações, que nem sempre promovem sensações agradáveis.

As respostas do cérebro aos estímulos emocionais são provenientes da amígdala e ocorrem por meio das reações automáticas como mudança da expressão facial, sudorese nas mãos, dilatação de pupilas, alertas, lacrimejamento, frio no estômago, aperto no peito e nó na garganta. Geralmente essas sensações levam os ansiosos aos atendimentos de emergências.

Cumprе destacar que, em razão do aumento na atividade do sistema nervoso autônomo, a ansiedade resulta em sintomas como desconforto abdominal, tremores, sensação de desmaio, agitação psicomotora, preocupação excessiva, dificuldade de concentração, tontura, palpitação e taquicardia (SADOCK *et al.*, 2017).

Podem ocorrer também alterações patológicas do balanço simpático-vagal, como no caso do estresse crônico, quando é continuamente detectada a presença de ameaças ao sistema, sejam

elas reais ou oriundas de ideias impróprias. Nesse caso, a ação prolongada do SN simpático leva a um estado fisiológico anormal, associado a inúmeras doenças (PEREIRA; CRUZ; ANDRADE, 2012).

O controle das sensações desagradáveis é um dos motivos de grande procura por tratamentos, geralmente alopáticos, com médicos, e por acompanhamento em psicoterapia. Em outros casos, surge a opção de uso de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e terapias naturais que envolvem o cliente para a sua autocura e autocuidado.

Em nossa cultura, geralmente colocamos a emoção como um contraponto à razão. E como nos consideramos seres racionais, a emoção é tida como algo a ser evitado. Para a Análise do Comportamento, a ansiedade pode referir-se a eventos diversos, como os estados internos dos falantes e os processos comportamentais que os produzem (RODRIGUES, 2016).

A incapacidade de autorregular sentimentos e emoções adequadamente tem suas origens em maus tratos na primeira infância e tem consequências negativas duradouras para o desenvolvimento do córtex frontal, resultando em organização neurobiológica estruturalmente deficiente, que, por sua vez, prejudica o desenvolvimento cognitivo da criança e produz distúrbios na formação de vínculos (SCHORE, 2003; BRADLEY, 2012 *apud* CRUZ, 2016).

Há situações em que a ansiedade pode atuar como sinal de alerta, cooperando para a preservação da vida, ou seja, funcionando como propulsora para a emissão de comportamentos de enfrentamento diante de situações que resultam nesse estado

ansioso. Todavia, as manifestações comportamentais de ansiedade podem exacerbar-se, atuando em nível desproporcional às situações que as desencadearam, podendo surgir sem motivo específico ou apresentando-se como respostas inadequadas aos eventos estressores, caracterizando-se, então, como patológicas (CORREIA; LINHARES, 2007 *apud* RODRIGUES, 2016).

A ansiedade pode ser definida como a antecipação de uma possível ameaça futura que, por sua vez, nem sempre é real. Logo, esse estado leva o sujeito a um comportamento de excessiva vigilância, permanente medo e tensão muscular (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014 *apud* DEFFAVERI, 2020).

A área da saúde mental constitui uma prioridade em saúde pública, exigindo resposta cada vez mais precoce e criativa por parte dos serviços de saúde, bem como envolvimento dos cuidados em saúde primária e articulação entre setores, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2008).

A afetividade negativa representa a tendência individual em vivenciar experiências emocionais caracterizadas por estados aversivos, como angústia, tristeza, raiva, culpa, medo, desgosto, depressão, ansiedade e estresse. Embora esse conceito possa ser composto por diversos aspectos, tais como humor negativo, cognição distorcida e baixa autoestima, Watson e Clark (1989) *apud* Martins (2019) destacam que a estrutura conceitual geral é a afetividade negativa, a qual envolve, principalmente, estados emocionais, como a depressão, a ansiedade e o estresse, os quais podem exercer papel prejudicial à saúde física e mental dos indivíduos.

Os profissionais de saúde podem, ou não, reconhecer os sintomas e seguir as recomendações das boas práticas, porque não têm tempo e recursos para providenciar tratamentos baseados em evidências. Isso ocorre porque os sintomas psiquiátricos são, muitas vezes, dissimulados por sintomas somáticos (WHO, 2001).

O efeito dos afetos negativos sobre a percepção de eventos estressores também deve ser considerado, uma vez que indivíduos com maior tendência em vivenciar experiências emocionais negativas, em geral, superestimam o potencial estressor desses eventos, o que pode culminar em maior estresse e ansiedade. Nesse sentido, investigar a afetividade negativa torna-se relevante (MARTINS, 2019).

Portanto, a utilização da Medicina Complementar e Alternativa (MAC) tem se tornado parte integrante dos cuidados oferecidos à população mundial e brasileira. Nesse contexto, o Reiki surge como uma das práticas mais oferecidas no país. Destaca-se ainda que, no Brasil, as terapias complementares foram denominadas Práticas Integrativas e Complementares, pela Portaria 971 do Ministério de Saúde, publicada no ano de 2006 (BRASIL, 2006).

Quanto ao Reiki, trata-se de uma abordagem de saúde complementar na qual os praticantes colocam levemente as mãos sobre ou apenas acima de uma pessoa, com o objetivo de facilitar a resposta de cura, pois se fundamenta na ideia de que o Reiki mobiliza uma “energia vital universal” que dá suporte às habilidades inatas e naturais de cura do corpo e mente, fornecendo força, harmonia e equilíbrio. Tal prática originou-se há milhares

de anos no Tibet e foi novamente estabelecida em 1800, por Mikao Usui, um monge japonês (KUREBAYASHI, 2016).

Associar o Reiki à respiração surge como uma necessidade de aliar o autocuidado do paciente com ansiedade. Desse modo, verifica-se a possibilidade de execução do exercício respiratório em qualquer lugar. Respirar, consciente e pausadamente, promove a autorregulação psicofisiológica e pode ser definida como o processo por meio do qual um indivíduo aprende e emprega habilidades físicas, cognitivas ou emocionais como estratégia para regular o estado fisiológico e psicológico (JONAS, 2005 *apud* CRUZ, 2016).

Além disso, destaca-se que o Relaxamento Respiratório (RR) atua gerando uma sensação de autocontrole e possibilita o manejo de sintomas autonômicos de ansiedade e reduz a vulnerabilidade para a hiperventilação (BRAGA, 2016).

Diversos estudos mostram que a respiração lenta promove um estado de relaxamento do corpo, assim como estados psicológicos e emocionais positivos, sendo considerada um método eficaz para a redução do estresse e para a promoção da saúde física e mental (JERATH *et al.*, 2006).

MÉTODODO

A pesquisa intitulada “Reiki como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da Estratégia Saúde da Família”, realizada durante o curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família, RENASF/Fiocruz/UFC, verificou a utilização de duas técnicas naturais para a redução de sintomas de ansiedade, o Reiki e a respiração, mensurando a frequência cardíaca e um gráfico

gerado por um aparelho de *biofeedback*, chamado *cardioEmotion*, capaz de fornecer uma nota, cujo valor seria de zero a dez, sendo o menor valor relacionado a estados de desequilíbrio emocional.

A pesquisa utilizou metodologia do tipo quantitativa, de intervenção do tipo antes e depois, por tratar-se de um modelo quase experimental que envolve dois ou mais grupos de sujeitos observados antes e depois da implementação de uma intervenção (POLIT; BECK, 2011), sendo realizada em uma Unidade Básica de Saúde, em Fortaleza-CE, durante três meses, na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Pedro Celestino Romero, local onde uma das pesquisadoras desenvolve suas atividades laborais há 14 anos.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: formulário de identificação e triagem, formulário para a descrição de respostas do paciente a serem coletadas antes e após a intervenção com o Reiki, Diário de Campo, câmera fotográfica e o aparelho de *biofeedback* – *cardioEmotion*[®], conforme já mencionado. O período de coleta de dados ocorreu durante 17 semanas, entre os meses de setembro de 2015 a janeiro de 2016, com momentos de pausa na coleta.

A avaliação do estado emocional dos participantes foi realizada antes e depois da intervenção terapêutica.

Foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes de cada entrevista. Quanto aos princípios éticos, foram atendidas todas as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A pesquisa teve aprovação em 17 de setembro de 2015, pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, com protocolo n.º 1233393.

RESULTADOS

A quase totalidade (82,6%) dos participantes era do sexo feminino e estava na faixa etária de 20 a 60 anos (79,1%). Durante a aplicação do instrumento para a triagem, ao serem questionados sobre considerar ter ou não ansiedade, 84,9% responderam que sim, constatando-se que a maioria tinha ansiedade.

Durante a triagem, percebeu-se que as falas apontam sintomatologias físicas, emocionais e mentais, é como um sofrimento que dificulta a conciliação do sono e o convívio familiar, capaz de preocupar e deixar as pessoas sem meios para resolver situações, instigando-as à fuga, e algumas relatam preocupação com o futuro.

Por meio dos resultados da pesquisa, foi possível observar que houve melhora da coerência cardíaca. Quando foi feita uma comparação entre dois momentos: antes da intervenção com Reiki e depois da intervenção com Reiki, estabelecendo uma média dos resultados, a variável Nota, que é calculada em função do tempo em que a pessoa passa no estado de coerência cardíaca, variou de 0 a 10 e obteve uma média de 2,48 antes e 4,86 depois da intervenção com Reiki. Isso representou uma melhora de quase o dobro do primeiro monitoramento sem a terapia, constatando-se que a permanência do paciente em estado de coerência cardíaca aumentou (CORDEIRO, 2016).

Vale registrar que muitos pacientes tiraram nota zero no primeiro monitoramento, demonstrando não coerência cardíaca, ou seja, desarmonia causada por emoções, dentre elas, a ansiedade (CORDEIRO, 2016).

Outro indicador avaliado foi o estado de não coerência cardíaca, que significa estado caótico, segundo a *NPT-Neuropsicotronics* LTDA (2014). Tal indicador revela o desequilíbrio, a ansiedade e outras tensões. Antes da intervenção com o Reiki, a média foi 59; depois, a média foi 34, ocorrendo, portanto, uma redução de quase 50% do momento do primeiro monitoramento para o segundo monitoramento. Esse é um indicador cujo valor mais baixo revela que o paciente está entrando em equilíbrio (CORDEIRO, 2016).

Além disso, constatou-se a excitação parassimpática, promovendo um decréscimo dos batimentos cardíacos, ampliando o relaxamento do coração por um tempo maior e um consequente preenchimento completo das câmaras cardíacas, com natural melhora do funcionamento visceral. A mais, ocorreu a ampliação da melhora da coerência cardíaca, após o Reiki e, consequentemente, melhora da qualidade de vida, reduzindo a possibilidade de males súbitos graves (CORDEIRO, 2016).

Os resultados corroboram a pesquisa de Wardell (2001) *apud* Oliveira (2013), o qual afirma que o Reiki é capaz de reduzir a ansiedade, constatando que a coerência cardíaca se tornou mais equilibrada, como citam Moura e Mendes (2016, p. 164):

Ao usar a técnica Coerência Cardíaca, o Instituto *HearthMath* descobriu que, em situações de stress, depressão, ansiedade, medo e cólera, o ritmo cardíaco tornava-se 'caótico', ao contrário do estado de bem-estar, quando se mostrava 'coerente'. O ritmo cardíaco influencia diretamente a pressão arterial, a respiração e também o funcionamento do sistema imunológico e o estado emocional, partindo

da premissa de que emoções em equilíbrio proporcionam frequência cardíaca em ressonância com a frequência respiratória.

A coerência cardiorrespiratória é um fenômeno que envolve interações entre respiração, ritmos cardíacos e emoções. Ela ocorre a partir da sincronização dos ritmos cardíacos com os ritmos respiratórios, devido ao processo da arritmia sinusal respiratória (ASR). A respiração lenta, em tempos iguais de inspiração e expiração, a uma frequência aproximada de 6 respirações/minuto, faz com que as diferentes frequências de onda que determinam o ritmo cardíaco se fundam em uma única frequência, em torno de 0,1 Hz e aumentem em amplitude. Nos tacogramas da frequência cardíaca, esse padrão pode ser identificado por um ritmo cardíaco altamente ordenado, no formato de ondas regulares e senoidais. No espectro de potência, esse padrão se apresenta na forma de um pico na banda de baixa frequência (CRUZ, 2016).

Uma explicação para este fenômeno vem de Lataro (2013), segundo ela, a ARS é um fenômeno cardiorrespiratório caracterizado pela flutuação da frequência cardíaca (FC) com a inspiração e expiração. Tipicamente, a FC aumenta durante a inspiração e reduz durante a expiração. Essa descrição também revela como a FC foi reduzida, ou seja, houve uma melhora na execução da respiração por meio do ensino do exercício respiratório, com a orientação da respiração focada no *Tanden*, antes da aplicação do Reiki, proporcionando maior relaxamento e, conseqüentemente, uma respiração menos tensa e fisiológica.

Cumprir destacar que, quando a pessoa atinge um estado de profunda meditação, ela passa a respirar de forma mais lenta e

menos profunda, o que possibilita que a atividade cardíaca se torne sincronizada, de modo a criar uma ligação vibracional ressonante entre o coração e o cérebro, ou seja, no circuito elétrico oscilante do interior do cérebro (GERBER, 2007).

A respiração lenta, profunda e ritmada (com tempos iguais de inspiração e expiração) também mostrou efeitos fisiológicos bastante contundentes nas crianças. As análises da amplitude dos batimentos cardíacos (VFC) mostraram aumento da coerência cardiorrespiratória, regulação do Sistema Nervoso Autonomo (SNA) e aumento da complexidade do sistema cardíaco. Os resultados encontrados neste estudo, somados a resultados de outros estudos em que foi verificada uma redução do tônus parassimpático associada a uma maior coerência cardiorrespiratória a partir da respiração lenta, contribuíram para o levantamento de uma nova hipótese: a de que a respiração lenta age seletivamente na regulação do SNA, aumentando ou reduzindo o tônus vagal, a depender do estado fisiológico inicial. Salienta-se ainda que estudos futuros são necessários para testar e validar essa hipótese (CRUZ, 2016).

Segundo Guyton (2008), os componentes autônomos simpático e parassimpático, ou simpático-vagal, são os responsáveis pela regulação e pelo funcionamento visceral humano.

Diante do exposto, houve uma melhora da amplitude dos batimentos cardíacos (VFC) devido à sincronia entre o batimento cardíaco e a frequência respiratória. Um ganho extremo para a vida do paciente, quando se percebem os benefícios dessas pequenas mudanças fisiológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se que as pessoas possuem capacidade de conhecer a sintomatologia da ansiedade empiricamente e podem achar-se com a doença sem possuí-la, pois, de seis pessoas que procuram o Posto de Saúde, em média, cinco consideraram que estão com ansiedade durante a triagem, um índice bastante elevado.

Nos relatos, os participantes descreveram sintomatologias físicas, emocionais e mentais. Dentre elas, apresentaram dificuldades em conciliar o sono, bem como situações de convívio familiar conflituosas, revelando preocupações pela incapacidade de resolução das situações geradoras dos problemas, instigando fuga, nervosismo, medo, choro, alterações do humor, dor, sudorese e automutilação.

Dentre as 18 características definidoras para a ansiedade, o item “refere estar temeroso” foi a única estatisticamente significativa dentre todas as outras comparações entre faixas de idade, sexo e religião, sendo a mais citada por 70,4% das pessoas do sexo feminino. Portanto, o temor revelou-se com uma das principais causas de ansiedade.

O Reiki, como cuidado de enfermagem, restabeleceu a energia reduzindo os níveis de estresse, melhorando funções cardiorrespiratórias e de autocontrole; além disso, induziu o sono, estabeleceu ligação com a espiritualidade, promoveu autoconhecimento ao trazer o participante a rever suas relações sociais, quando surgiu um relato de maturidade emocional e social ao descrever a tolerância em situações causadoras de estresse, promovendo adaptação psicológica e social às circunstâncias da vida.

Portanto, constatou-se que houve melhora em níveis emocionais, mentais e espirituais com a utilização de uma terapia simples e completa, semelhante a outras terapias de imposição de mãos.

Destaca-se também que o efeito do aumento da atividade do sistema nervoso autônomo é prejudicial à saúde. A luta pela sobrevivência durante a ansiedade gera alterações importantes e, às vezes, danosas e perigosas à manutenção da vida, dentre elas a alteração do batimento cardíaco e da frequência respiratória.

Conclui-se, diante disso, que a energia vital externa, por meio da terapia de Reiki, seria capaz de restaurar o equilíbrio humano. Isso foi comprovado quando se constatou que houve melhora da coerência cardíaca, aumento das próprias energias internas do indivíduo, havendo efeito restaurador, calmante e redutor da ansiedade.

REFERÊNCIAS

BRAGA, J. E. F. *et al.* Jogos cooperativos e relaxamento respiratório: efeito sobre craving e ansiedade. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 22, n. 5, p. 403-407, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922016000500403&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 abr. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>. Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 22 abr. 2021.

CORDEIRO, L. R. **Reiki como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da estratégia saúde da família**. 2016. 149 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Fortaleza, 2016.

CRUZ, M. Z. **A respiração como ferramenta para a autorregulação psicofisiológica em crianças pré-escolares: um estudo baseado na variabilidade da frequência cardíaca**. 2016. 101 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2016.

DEFFAVERI, M. *et al.* Sintomas de ansiedade e estresse em professores de educação básica. **Fundação Carlos Chagas - Cadernos de Pesquisa**, v. 50, n. 177, jul./set. 2020. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/cp/article/view/6952>. Acesso em: 5 mar. 2021.

GERBER, R. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

GOMES, J.; COGHI, M.; COGHI, P. Biofeedback Cardiovascular e suas aplicações: revisão de literatura. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 32, n. 2, p. 199-216, 2014.

GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

JERATH, R.; EDRY, J. W.; BARNES, V. A.; JERATH, V. Physiology of long pranayamic breathing: neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. **Medical Hypotheses**, v. 67, p. 566-571, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16624497/>. Acesso em: 1 maio 2021.

KUREBAYASHI, L F. S. *et al.* Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: ensaio clínico randomizado. **Latino-Am. Enferm.**, v. 24, e2834, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727055.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

LATARO, M. R. **Importância do restabelecimento da arritmia sinusal respiratória na função cardíaca em doenças cardiovasculares**. São Paulo: FAPESP, 2013. Disponível em: <http://www.bv.fapesp.br/pt/bolsas/140500/importancia-do-restabelecimento-da-arritmia-sinusal-respiratoria-na-funcao-cardiaca-em-doencas-cardi/>. Acesso em: 12 out. 2020.

MARTINS, B. G. *et al.* Escala de depressão, ansiedade e estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 32-41, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000100032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 abr. 2021.

MOURA, R. R.; MENDES, T. Contribuições da Técnica Coerência Cardíaca: um estudo de revisão. **Rev. Cien. Escol. Estad. Saud Publ. Cândido Santiago-RESAP**, v. 2, n. 3, p. 163-177, 2016. Disponível em: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/39>. Acesso em: 10 out. 2020.

NPT-NEUROPSICOTRONICS LTDA. **Manual de funcionamento do cardioEmotion®**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.cardioemotion.com.br/wp-content/uploads/20>

16/04/MANUAL-DE-TREINAMENTO-FACILITADOR-Biblioteca-cardioEmotion.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

OLIVEIRA, R. M. J. **Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado.** 2013. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PEREIRA JR, A.; CRUZ, M. Z.; ANDRADE, R. S. C. **Uma introdução à filosofia das ciências da vida e da saúde.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas educativas e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 35-44, mar., 2016.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000100035&lng=en&nrm=iso.
Acesso em: 05 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2001.** Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/>. Acesso em: 01 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008.** Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/en/>. Acesso em: 01 maio 2021.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE WEBSITE PARA A PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E PREVENÇÃO DE HÁBITOS BUCAIS DELE- TÉRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Risolinda Rodolfo de Sá Batista
Andréa Soares Rocha da Silva
Mariana Cavalcante Martins
Elaine Cristina Justino Teixeira
Ranielder Fábio de Freitas
Fabiane do Amaral Gubert*

INTRODUÇÃO

É consenso na literatura que investir na primeira infância vai além da esfera biológica e psicossocial, envolvendo também os aspectos econômico, moral e educação das famílias. A saúde, por sua vez, desempenha papel relevante na articulação e promoção de intervenções para a educação em saúde na primeira infância, principalmente quando as profissões da área da saúde planejam e desenvolvem em conjunto um cuidado em saúde mais efetivo. A capacidade para sensibilizar mulheres, suas famílias e filhos durante esse período único representa oportunidade para integrar intervenções eficazes e de baixo custo (BRITTO *et al.*, 2017).

Dentre as intervenções, incentivar o aleitamento materno possibilita alcançar diversas vantagens para o trinômio criança-mãe-família. No que se refere à criança, a amamentação é fonte de carinho, amor, vitaminas, evita mortes infantis, diarreias e infecções respiratórias, além de diminuir o risco de alergias (VICTORA *et al.*, 2016). No que concerne às mães, favorece o vínculo com o bebê, promove a involução uterina e previne contra os cân-

ceres de mama e ovarianos, entre outros benefícios (OLIVEIRA, 2019).

No tocante ao aleitamento materno e sua relação com a saúde bucal do bebê, destaca-se que o movimento de sucção é importante para estimular as estruturas estomatognáticas do bebê, uma vez que é neste momento que a mandíbula estabelece uma oclusão normal (PEREIRA; OLIVEIRA; CARDOSO, 2017). Em muitos casos, alterações nesse processo podem produzir desvios estéticos e funcionais não só da oclusão, mas da mastigação, deglutição, fonação e respiração, prejuízos estes que podem interferir, inclusive, na interação social e no bem-estar psicológico dos indivíduos (PEREIRA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a equipe de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) deve promover práticas colaborativas que facilitem o empoderamento da população, reconhecendo o usuário, a família e a comunidade como orientadores dessas práticas, valorizando suas necessidades, na ordenação da interação que marca o exercício dessas práticas. Um cuidado individualizado que valorize apenas o conhecimento de uma categoria profissional não consegue alcançar uma visão ampliada das necessidades de saúde da população, principalmente a infantil.

Um espaço que pode proporcionar práticas colaborativas é por meio do uso da internet, pois, no Brasil, verifica-se que o percentual de domicílios que a utilizavam, em 2009, subiu de 39% para 70%, em 2018, e destes, 48% estão entre a população de baixa renda (classes DE) (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2019). Esses dados evidenciam que dispositivos móveis, como tablets e celulares (smartphones), são presença constante na

rotina das famílias e podem ser um excelente meio de comunicação entre profissional de saúde e população, o que pode reduzir desigualdades e ampliar as possibilidades de diálogo, aprendizado e participação.

A interprofissionalidade se propõe a formar profissionais de saúde mais aptos ao efetivo trabalho e, para isso, é importante realizar práticas colaborativas que efetivem o cuidado. Um exemplo dessas práticas frente ao uso das tecnologias da comunicação e informação (TIC), por exemplo, pode ser realizado por meio de um processo de validação, o qual verifica se determinada estratégia tem aplicabilidade como estratégia educacional junto a determinada população. A validação por juízes é uma técnica que pode ser utilizada para verificar a validade do conteúdo ou aparência de uma tecnologia (GUOHONG *et al.*, 2012).

O conceito de validade pode ser considerado como o grau em que uma tecnologia se mostra adequada para mensurar o que supostamente deveria medir ou alcançar (PASQUALI, 2010). Assim, quando se submete uma tecnologia, no caso deste estudo, um website, verifica-se se o objeto educacional proposto por uma equipe de Saúde da Família (eSF), por exemplo, pode alcançar seu objetivo. Sendo assim, o presente estudo tem o objetivo de desenvolver e validar, juntamente a juízes das áreas de Odontologia, Enfermagem e Tecnologia, um website educativo para a promoção da amamentação e prevenção de instalação de hábitos bucais deletérios na atenção básica em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido de acordo com o referencial de Falkembach (2005), durante o ano de 2018, elaborado em cinco fases: análise e planejamento, modelagem, implementação, avaliação, manutenção e distribuição.

Durante a fase de análise e planejamento (primeira fase), realizou-se o levantamento do conteúdo teórico a ser utilizado no website. O primeiro momento dessa etapa foi o levantamento bibliográfico realizado em três bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *US National Library of Medicine* (Pubmed) e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (Cinahl), além de órgãos nacionais ligados à Saúde da Criança, como: Ministério da Saúde (MS) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Utilizaram-se para a pesquisa os seguintes descritores: “Breastfeeding” and “Malocclusion”. Os critérios utilizados para a seleção dos artigos foram: serem completos e disponibilizados eletronicamente nos últimos 5 anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que tenham relação com a dentição decídua.

Em um segundo momento, foram realizados dois grupos focais com gestantes e outro com mães que já amamentaram, que também subsidiaram a construção teórica do website. O grupo focal contou com duração mínima de 60 minutos e máxima de 90 minutos, com a participação de 20 mães. Utilizaram-se como critérios para a participação nos grupos: ter interesse e disponibilidade para participar dos encontros, assinar o Termo de Assentimento, no caso de adolescentes, e/ou Termo de Consentimento. Por fim, como critérios de exclusão: não comparecer ao encontro.

Para a análise do grupo focal, utilizou-se a Análise de Conteúdo, técnica composta por procedimentos sistemáticos que tem por objetivo analisar o que foi dito nas entrevistas e/ou observado pelo pesquisador, realizando o levantamento de indicadores e permitindo a inferência de conhecimentos (BARDIN, 2016). A escolha desse método de análise das falas pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas das hipóteses, de compreender os significados das falas e de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas. Para a identificação das mães, utilizou-se a letra M e, em seguida, o número correspondente (M1, M2... etc.).

Já na fase de análise e planejamento segundo o referencial, procedeu-se a construção do *storyboard*. Dessa forma, durante a etapa de modelagem (segunda fase), foi construído o esboço do website educativo de promoção da amamentação e prevenção de hábitos bucais deletérios, com o intuito de auxiliar a implementação futura do mesmo.

Após a fase de modelagem, o website entrou na fase de implementação (terceira fase), na qual ocorreu o desenvolvimento propriamente dito. Além disso, foram inseridas as mídias do projeto, incluindo os sons, as imagens, animações e vídeos, considerando os direitos autorais, mesmo para as mídias disponíveis na rede. Nessa etapa, ocorreu a verificação dos textos, para que não houvesse erro conceitual ou gramatical (FALKEMBACH, 2005).

Para a identificação e recrutamento dos juízes que avaliaram o website, optou-se como referência os critérios de Jasper (1994), de forma que o autor aponta que um *expert* em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/

conhecimento pela experiência e/ou especialização, que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes; e possuir classificação alta atribuída por uma autoridade. Apesar desses parâmetros terem mais de 20 anos, são utilizados amplamente em estudos publicados recentemente, em várias áreas da saúde.

No que se refere ao número adequado de juízes, a literatura é bastante controversa. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de 10 pessoas para participarem do processo de validação. Por outro lado, Pasquali (2010) propõe que esse número pode variar entre seis e 20 sujeitos. Além disso, vale ressaltar que a escolha por um número ímpar de pessoas pode minimizar o risco de empate nas opiniões. Assim, para a avaliação das etapas propostas, contou-se com a participação de nove juízes, sendo seis de conteúdo e três de aparência.

No caso da validação de conteúdo, os juízes das áreas de Enfermagem e Odontologia avaliaram os seguintes critérios: *Autoridade*: refere-se à indicação do autor, existência de mecanismos que estabeleçam contato com o autor ou responsável pelas informações; *Conteúdo geral das informações*: refere-se às informações disponibilizadas e sua relação com os objetivos propostos e também a referência aos *hyperlinks* externos como um fator que agrega valor às informações disponibilizadas; *Apresentação das informações*: foram avaliados o desenho das páginas, os gráficos usados para ilustrar os assuntos, a facilidade de navegação e a organização das informações como uma estratégia de ensino, ou seja, a didática aplicada no website; *Confiabilidade das infor-*

mações: precisão, atualização e confiabilidade das fontes referidas. Além da existência de erros gramaticais e de digitação dos textos.

Para a validação da aparência do website, os juízes da área de Tecnologia com experiência na construção de tecnologias para a área de saúde observaram os seguintes parâmetros: *Autoridade*, *Velocidade*: foi avaliado o tempo de carregamento da página inicial (*homepage*) e das demais páginas; *Primeira impressão ou aparência geral*: ocorreu a avaliação do desenho gráfico da página inicial e se ele possui propriedade capaz de estimular o usuário a navegar no website ou de criar uma expectativa de acesso ao material contido no interior deste; *Facilidade de navegação*: avaliou a navegabilidade página a página, seção a seção, *link a link*, sem que o usuário fique perdido ou confuso, como também a clareza, propósito e eficiência de cada *link* estabelecido; e *Uso de gráficos*: avaliou o propósito, a clareza ou a definição das imagens usadas para ilustrar o conteúdo dos textos.

Por meio dos instrumentos de avaliação foi possível caracterizar os juízes participantes da pesquisa, bem como mensurar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do website. O IVC consiste em um método muito utilizado na área de saúde, que busca medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e dos seus itens (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Para seu cálculo foi definida a proporção de itens das categorias citadas anteriormente, que receberam pontuação de “5” ou “4” pelos juízes, obtendo conceitos como “excelente” ou “muito bom”. Os itens que receberam pontuação “3” (bom), “2” (regular), “1” (ruim) ou “0” (péssimo) devem ser revisados ou eliminados. Utilizou-se como ponto de corte

uma taxa de concordância $>0,80$.

Após as considerações dos juízes e ajustes necessários, o website educativo foi disponibilizado na Internet através do provedor de serviços de hospedagem Wix.com. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob parecer consubstanciado número: 1.488.287.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise e planejamento do website “Amor além do seio”

Durante a primeira etapa, por meio da revisão de literatura, foi aprofundada a relação entre a amamentação e a instalação de hábitos bucais deletérios. Na busca inicial, foram encontrados 92 artigos, sendo 51 na BVS, 31 na Pubmed e 10 do Cinahl. Por meio da leitura dos resumos disponíveis, excluíram-se 32 publicações da BVS, 29 da Pubmed e sete do Cinahl. Destes, 24 foram lidos na íntegra e compuseram o conteúdo do site. Acerca dos manuais disponibilizados pelos órgãos e instituições ligados à saúde da criança, foram encontrados sete materiais que discorrem sobre a amamentação e seu relacionamento com a má oclusão e com os hábitos deletérios produzidos por diferentes profissionais da saúde: dentistas, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Como resultado desse levantamento, a literatura nacional e internacional apresenta posicionamento semelhante em relação à amamentação, aos hábitos bucais deletérios e à má oclusão. Os estudos evidenciam que o aleitamento materno exclusivo protege a criança da má oclusão; além disso, corroboram que crianças não

amamentadas ou amamentadas por menos de seis meses apresentam alto risco de desenvolver má oclusão (BRASIL, 2019).

Ainda nesta fase, realizou-se um grupo focal com o intuito de conhecer mais sobre o significado da amamentação para as mães, com isso foi constatada, por meio das falas, a variedade de percepções, perpassando sentimentos, vínculos e cuidados. Além disso, a amamentação é valorizada pelas mães pelo baixo custo financeiro.

Outro ponto debatido foi a importância do apoio familiar durante todo o processo de amamentação e dos profissionais da equipe de saúde, onde observou-se o conhecimento prévio das mães sobre os efeitos que os hábitos deletérios geram na boca de seus filhos.

Em alguns relatos, encontrou-se a infantilização da criança durante o uso de hábitos de sucção não nutritivos e, além disso, constata-se que muitas famílias fazem uso da mamadeira com a finalidade de acelerar o processo de alimentação da criança, muitas vezes interferindo na fisiologia da deglutição e gerando danos.

Durante os grupos focais ficou evidenciada a introdução de outros meios de alimentação para a criança, seja por meio do chá, do leite em pó ou outros, gerando o desmame precoce, o não aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida do bebê e, conseqüentemente, a instalação de possíveis hábitos bucais deletérios.

Alimentar uma criança com a mamadeira é diferente em relação ao seio. A mamadeira libera o leite com fluxo intenso, requisitando um trabalho menor dos músculos envolvidos na sucção quando comparado ao trabalho muscular realizado para a

retirada do leite materno. Dessa forma, o bebê consegue saciar rapidamente sua fome sem que seja necessário muito esforço físico, e em menor tempo, não satisfazendo assim sua necessidade psicológica da sucção, levando a criança a recorrer a substitutos, como o dedo, brinquedos, lábios e chupeta (BRASIL, 2019).

O desconhecimento dos pais entre a relação “hábitos deletérios e oclusão” ainda é presente na sociedade, fazendo-se necessária, assim, a instalação de políticas públicas que incentivem o aleitamento materno, promovendo motivação no comportamento dos pais em relação à amamentação e estimulando a participação de profissionais de saúde de forma colaborativa para proporem estratégias que evitem esses danos.

Modelagem do website

A segunda etapa do desenvolvimento foi a construção do *storyboard*, com o objetivo de representar, de forma gráfica, a estrutura de navegação. A construção desse esboço foi dividida por meio de três modelos: conceitual, de navegação e modelo de interface, seguindo a proposta de Falckembach (2005). O website foi intitulado “Amor Além do Seio”.

Durante a etapa da criação do modelo conceitual foi feito um esboço acerca de quais temas o website iria abordar, baseado no levantamento bibliográfico e nos relatos encontrados durante os grupos focais e discussão entre a equipe de saúde. O Quadro 1 demonstra a organização dos conteúdos disponibilizados.

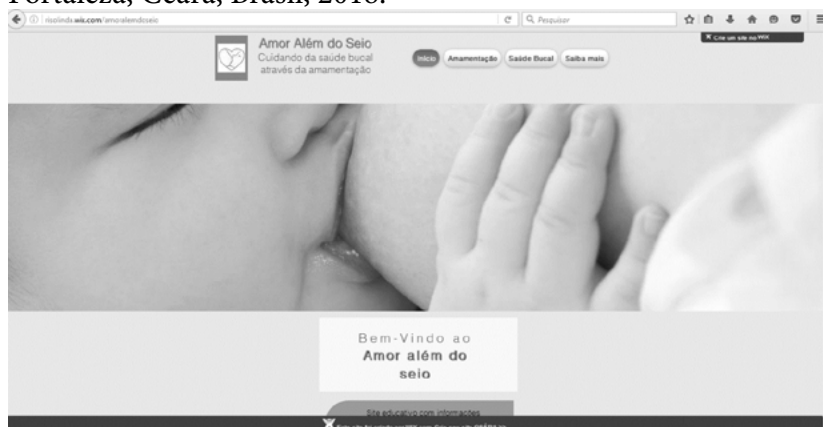
Quadro 1 – Organização dos conteúdos do website “Amor Além do Seio”. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Páginas	Título da página	Conteúdo
1	Início	1. Apresentação dos assuntos abordados (amamentação, saúde bucal e hábitos deletérios) 2. Apresentação dos idealizadores e colaboradores
2	Amamentação	1. Amamentação e seus benefícios 2. Possíveis dificuldades
3	Saúde Bucal	1. Saúde Bucal e amamentação 2. Hábitos deletérios 3. Má oclusão 4. Orientações 5. Higiene oral
4	Saiba Mais	1. Estudos e materiais utilizados na construção do website

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A página inicial (Figura 1), apresentada neste artigo a fim de ilustrar o website produzido, teve o intuito de atrair a atenção do usuário, além de apresentar o objetivo do website e detalhar acerca dos assuntos abordados nele, com destaque para a promoção do aleitamento materno. Ainda na página inicial é possível encontrar informações sobre os idealizadores e colaboradores na construção, bem como o usuário pode emitir sua opinião, suas sugestões e elogios por meio de contato via e-mail. Os menus servem de guia para outro assunto e estão interligados, mas podem ser lidos de forma independente.

Figura 1 – Página inicial do website “Amor Além do Seio”.
Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

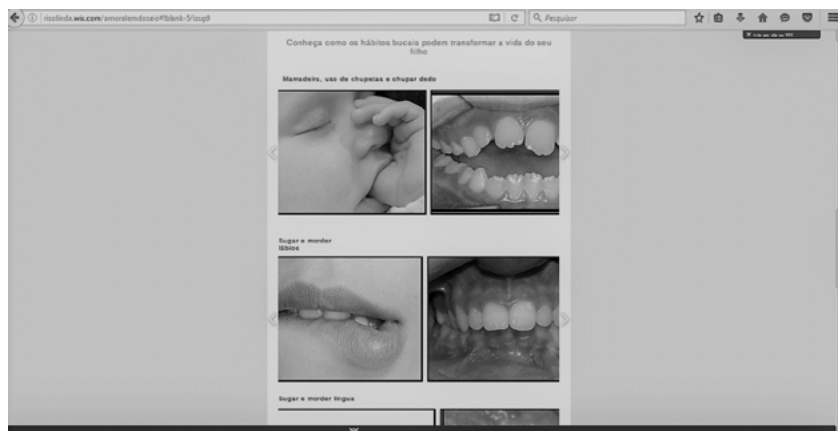


Fonte: Amor Além do Seio¹.

Após a apresentação do website é possível ver de forma didática a descrição dos problemas que podem se instalar na cavidade oral das crianças e, conseqüentemente, comprometer seu desenvolvimento musculoesquelético e até emocional. A plataforma apresenta imagens de casos clínicos ortodônticos e essa apresentação de imagens de forma dinâmica e rápida tem como finalidade desenvolver nos usuários uma consciência de responsabilidade dos mesmos quanto ao uso ou abandono dos hábitos pelas crianças, com o intuito de fazer com que os pais e responsáveis reparem que esses danos são reais, como pode ser visto na Figura 2.

¹ Disponível em: <http://risolinda.wix.com/amoralemdoseio>.

Figura 2 – Hábitos deletérios e suas consequências bucais, website “Amor Além do Seio”. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.



Fonte: Website Amor Além do Seio.

Avaliação e manutenção

Esta etapa contou com a participação de nove juízes, sendo seis de aparência (pertencentes às áreas de Enfermagem e Odontologia) e três de conteúdo (referentes à área de Tecnologia) e caracterizou-se da seguinte forma: os juízes eram, em sua maioria, mulheres, apresentando uma média de idade de 37,2 anos. Acerca do grau de titulação, 7 (78%) juízes são mestres, sendo 4 doutorandos e 2 (22%) doutores. Possuem atuação nas áreas de assistência na Atenção Primária, primordialmente, ensino e pesquisa, totalizando: 100% dos juízes de conteúdo atuantes na área de assistência, com média de atuação de 13,3 anos, e 88% (n=8) dos juízes de conteúdo e de aparência atuantes nas áreas de ensino e pesquisa, com uma média de atuação de 8,5 e 7 anos, respectivamente.

Segundo as informações do Quadro 2, constata-se que, em relação à categoria autoridade, o website foi considerado aprova-

do, obtendo IVC=1. Na categoria conteúdo geral das informações, foi obtido IVC=0,95, mas com necessidade de um olhar mais atento no quesito conteúdo das informações apresentadas nos links (para outros websites), se o mesmo é apropriado para os usuários.

A categoria confiabilidade das informações foi considerada aprovada com IVC= 0,87, porém apresentou um quesito reprovado, observando a necessidade de se realizar uma revisão gramatical e ortográfica, além de revisar as fontes utilizadas e mantê-las atualizadas, o que foi realizado para posterior reanálise dos juízes, os quais aprovaram. Vale salientar que as correções ortográficas e gramaticais foram realizadas, bem como o website teve alguns conteúdos atualizados.

Com isso, após as avaliações de cada categoria, foi possível avaliar o website como um todo, o qual apresentou IVC global de 0,95, considerado aprovado, frente à avaliação dos juízes de conteúdo.

Quadro 2 – Resultados dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) e conceitos finais emitidos pelos juízes de conteúdo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Categoria	Questão avaliada	IVC	Conceito final
1. Autoridade (IVC=1)	1.a. Indicação do autor	1	Aprovado
	1.b. Mecanismos de contato	1	Aprovado
2. Conteúdo Geral das Informações (IVC=0,95)	2.a. Informações coerentes com os objetivos	1	Aprovado
	2.b. Informações claras e organizadas	1	Aprovado
	2.c. Informações – links apropriados	0,83	Aprovado
	2.d. Referências agregam valor	1	Aprovado

3. Apresentação das Informações (IVC=1)	3.a. Design favorece o aprendizado	1	Aprovado
	3.b. Gravuras agregam conhecimento	1	Aprovado
	3.c. Gravuras relacionadas ao texto	1	Aprovado
	3.d. Facilidade de navegação	1	Aprovado
	3.e. Apresentação do conteúdo contribui para o aprendizado	1	Aprovado
	3.f. Facilidade de localização do conteúdo	1	Aprovado
4. Confiabilidade das Informações (IVC=0,87)	4.a. Informações confiáveis	1	Aprovado
	4.b. Informações atualizadas	0,83	Aprovado
	4.c. Fontes creditadas	1	Aprovado
	4.d. Erros tipográficos ou gramaticais	0,66	Reprovado – Após modificações: Aprovado IVC 0,80

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

No Quadro 3, constata-se que, em relação à categoria autoridade, o website foi considerado aprovado com IVC de 0,83, sendo que o quesito mecanismo de contato recebeu valoração menor que 0,78 e foi considerado reprovado. Nesse caso, foram revistas as considerações dos juízes e realizadas as modificações.

Na categoria velocidade, foi obtido IVC=1, valor máximo para o quesito, demonstrando que o website não apresenta deficiência em relação à sua velocidade de carregamento das páginas. No tocante à aparência geral, foi alcançado IVC=0,83, sendo considerada aprovada, porém apresentando necessidade de readequação da identificação do propósito dos links com o website.

Com isso, após as avaliações de cada categoria, foi possível avaliá-lo como um todo, em relação à sua aparência, que apresentou IVC global de 0,90, sendo considerado aprovado segundo a literatura (BECK; POLIT, 2018).

Quadro 3 – Resultados dos Índices de Validade de Conteúdo e conceitos finais emitidos pelos juízes de aparência. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Categoria avaliada	Questão avaliada	IVC	Conceito final
1. Autoridade (IVC=0,83)	1.a. Indicação do autor	1	Aprovado
	1.b. Mecanismos de contato	0,66	Reprovado
2. Velocidade (IVC=1)	2.a. Velocidade de carregamento da página principal	1	Aprovado
	2.b. Velocidade de carregamento das demais páginas	1	Aprovado
3. Aparência Geral (IVC=0,83)	3.a. Design atrativo	0,86	Aprovado
	3.b. Design claro e capaz de ser manipulado pelo usuário	1	Aprovado
4. Facilidade de Navegação (IVC=0,88)	4.a. O usuário tem facilidade de navegação, página a página, sem ficar confuso ou perdido	1	Aprovado
	4.b. Os links estão claramente definidos e servem a um propósito facilmente identificado	0,66	Reprovado
	4.c. Links operam eficientemente	1	Aprovado
5. Uso de Gráficos (IVC=1)	5.a. Os gráficos ou imagens estão claramente apresentados	1	Aprovado
	5.b. Os gráficos ou imagens servem a um propósito claro e apropriado para a audiência a que se destinam	1	Aprovado

Website Amor Além do Seio	Avaliação geral	0,90	Aprovado
---------------------------	-----------------	------	----------

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Dessa forma, após as avaliações de cada categoria, foi possível avaliar o website como um todo, o qual apresentou IVC global de 0,95, considerado aprovado, frente à avaliação dos juízes de conteúdo.

Diante das sugestões e contribuições oriundas do processo de validação, o website sofreu modificações, ajustes e acréscimos, adicionando informações mais atualizadas, realizando revisão ortográfica e gramatical, além de promover uma melhoria na aparência e na usabilidade, tornando o website mais atrativo e de fácil navegação pelos usuários.

Nesse contexto, observa-se que websites interativos desafiam a emissão de mensagens ao receptor, pois, diferentemente das intervenções tradicionais, essas não precisam de participação pessoalmente e o acesso é ilimitado aos materiais de intervenção, facilitando o acesso do usuário. Ao utilizar das tecnologias da informação e comunicação, a equipe de saúde pode obter soluções para promover a educação nos diversos contextos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do website a partir de uma visão interprofissional, juntamente às equipes de Saúde da Família, permite o uso dessa tecnologia durante as consultas de puericultura, visitas domiciliares ou uso pessoal da mãe/familiares que buscam informações sobre o aleitamento materno e alterações bucais, podendo

contribuir na formação continuada de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A construção e validação do website educativo para a promoção da amamentação e prevenção de hábitos bucais deletérios apresentou um IVC de conteúdo igual a 0,95 e IVC de aparência de 0,90, sendo considerado como aprovado para uso e distribuição na Internet.

Como potencialidade do estudo, ressalta-se a participação da comunidade e equipe de saúde nos dois grupos focais. Esse momento de escuta das vantagens e dificuldades da amamentação, segundo a ótica das mães, subsidiou o levantamento do referencial teórico do website, desenvolvendo conteúdos baseados nas reais necessidades e curiosidades de uma comunidade e não somente em normas e diretrizes da literatura, utilizando o conhecimento literário para atender às necessidades de mães e familiares.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero Beto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BECK, C. T. F.; POLIT, D. F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRITTO, P. R. *et al.* Nurturing care: promoting early childhood development. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 91-102, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31390-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31390-3/fulltext) Acesso em: 11 mar. 2020.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2018 = Survey on the use of information and communication technologies in brazilian households: ICT households 2018** [livro eletrônico]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019. Disponível em: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic_dom_2017_livro_eletronico.pdf Acesso em: 11 mar. 2020.

FALKEMBACH, G. A. M. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. **Rev. Renote**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/13742/7970>. Acesso em: 20 fev. 2020.

GUOHONG, G. *et al.* The Study on the Development of Internet-based Distance Education and Problems. **Energy Procedia**, v. 17, p. 1362-1368, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876610212005899>. Acesso em: 11 mar. 2020.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J. Adv. Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x>. Acesso em: 20 fev. 2020.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

OLIVEIRA, M. M. B.; SILVA, I. A. Representações sociais de mulheres doadoras de leite humano sobre amamentação. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, n. 36, e1505, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1505/978> Acesso em: 11 mar. 2020.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, T. S.; OLIVEIRA, F.; CARDOSO, M. C. A. F. Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis. **CoDAS**, v. 29, n. 3, e20150301, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n3/2317-1782-codas-29-3-e20150301.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

PEREIRA, M. R.; JARDIM, L. E.; FIGUEIREDO, M. C.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Prevalência de má oclusão em crianças de quatro anos de idade e fatores associados na Atenção Primária à Saúde. **Stomatos**, v. 23, n. 45, p. 49-58, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/stomatos/article/view/3132/2797>. Acesso em: 17 ago. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VICTORA, C. G. *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, p. 1-24, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE EM UMA CRECHE COMUNITÁRIA

*Rochelle Holanda Barroso
Emilia Soares Chaves Rouberte
Katia Virginia Viana Cardoso
Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
Rafaella Pessoa Moreira*

INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde da criança e com o seu desenvolvimento iniciam-se desde o momento da gestação, perpassando os anos da infância. Essa atenção na primeira infância é necessária, pois é o momento ideal para pensar o futuro, e esforços nessa direção incentivam boas condições de vida às crianças e aumentam as chances de sociedades prósperas (CYPEL, 2011).

Dessa forma, o desenvolvimento infantil, nos últimos anos, tem sido alvo de olhares, sendo entendida a importância de cuidar da criança desde as fases mais precoces.

A criança é parte essencial da unidade familiar, sendo o cuidado melhor realizado quando se entende que o paciente é a “família”. Esse ambiente familiar pode ter diversas estruturas promovendo a saúde e dando condições para a criança desenvolver seu potencial através de um ambiente favorável (HOCKENBERRY, 2018).

Considera-se que as condições familiares, assistência recebida pelos serviços de educação e saúde refletem no desenvolvimento infantil (SILVA *et al.*, 2015; BISCEGLI *et al.*, 2007; RODOVALHO *et al.*, 2012).

Dentre as teorias sobre o desenvolvimento, a Teoria Bioecológica tem uma abordagem contextual na qual o indivíduo só pode ser entendido a partir do seu contexto social. Criada pelo psicólogo norte-americano Urie Bronfenbrenner (1917-2005), este entende que o sujeito não é resultante do desenvolvimento, mas alguém que também molda o desenvolvimento por características biológicas e psicológicas (BENETTI *et al.*, 2013).

No seu paradigma, o teórico considera o desenvolvimento dentro de quatro dimensões que interagem entre si, chamado de “Modelo PPCT” – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (BENETTI *et al.*, 2013). Assim, para melhor entender a Pessoa, deve-se ver a complexidade das influências sobre o desenvolvimento e o contexto desses múltiplos ambientes.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, com um olhar biopsicossocial para as condições do contexto de saúde e sua família, é realizado nas consultas de Puericultura na Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2012a).

A partir da prática profissional, na Estratégia Saúde da Família, verifica-se uma situação de irregularidade na frequência das consultas de puericultura e evasão das crianças saudáveis para o acompanhamento, a partir de um ano de idade, nas Unidades Primárias de Atenção à Saúde (UAPS), sendo essas crianças assistidas apenas nos quadros de doenças agudas.

Estudos reforçam a constatação dessa situação. Segundo Vitolo, Gama e Campagnolo (2010), a frequência de crianças que não foram levadas regularmente à puericultura foi de 53,2%.

Esse período do ciclo de vida (um ano de idade) é marcado pela entrada das crianças nas creches e pré-escolas. A partir

desse contexto, o presente estudo traz os seguintes questionamentos: como está o crescimento e o desenvolvimento de crianças inseridas em creche?

No contexto da creche, o cuidado da enfermagem, nesse ambiente, é importante para reconhecer as formas de aprofundar o acompanhamento das famílias e suas estruturas e como estão o crescimento e o desenvolvimento dessas crianças. Assim como pela importância da atuação da equipe de Saúde da Família (eSF) no ambiente escolar, visto o Programa Saúde na Escola (PSE) ser uma ação que proporciona a intersectorialidade entre saúde e educação, visando à promoção da saúde das crianças que passam boa parte do tempo na creche, local que proporciona o desenvolvimento motor, intelectual e social, podendo interferir no crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis.

Este estudo é relevante, pois traz benefícios para a eSF, por aprofundar o cuidado das crianças e famílias acompanhadas pela UAPS, em que a puericultura faz parte do calendário das equipes de saúde. Também tem grande valia para as crianças e sua família, pois a avaliação do crescimento e marcos do desenvolvimento permite orientações sobre o estímulo parental e possíveis soluções para cuidar dos problemas de saúde.

No âmbito social, o estudo justifica-se, pois contribui para reforçar o acompanhamento das crianças anualmente dentro do quadro saudável, levando à prevenção do atraso escolar, promoção das relações familiares, além de possibilitar a redução do índice de morbimortalidade infantil.

No âmbito acadêmico, a pesquisa mostra a possibilidade e a importância do acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento infantil, por meio da Caderneta de Saúde da Criança, que traz os registros de forma acessível e prática.

Assim, tem-se como objetivos analisar o crescimento e o desenvolvimento de crianças em uma creche do município de Fortaleza, Ceará.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, tendo como população de estudo crianças de 12 a 36 meses assistidas em uma creche pública do município de Fortaleza, sendo a amostra composta por 50 crianças que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estarem matriculadas na creche, independentemente do tempo que já a frequentavam; e os de exclusão: não comparecimento das crianças à creche no período de coleta de dados; crianças que apresentaram algum transtorno neuromotor, sensorial ou cognitivo previamente diagnosticado por médico.

A coleta foi realizada na creche, utilizando uma ficha espelho da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) (BRASIL, 2019), em que foram investigados os seguintes dados: a identificação e a avaliação da criança, sendo realizada no dia da coleta por meio das medições de perímetro cefálico (até os 24 meses), peso, altura, Índice de Massa Corporal (crescimento) e identificação dos marcos do desenvolvimento alcançados (desenvolvimento).

Em relação à Teoria Bioecológica dentro do Modelo PCCT, a dimensão da Pessoa foi investigada na identificação da criança e a dimensão do Contexto no Microssistema foi avaliada por meio da família.

A coleta de dados aconteceu em todos os dias da semana (segunda a sexta-feira), no início da manhã (7:00 às 8:00) ou no

final da tarde (16:00 às 17:00), durante os meses de abril, maio e junho de 2019. Esses dias foram escolhidos por conveniência dos cuidadores principais. O tempo da coleta com as crianças foi de aproximadamente 15 minutos, e com os cuidadores, 10 minutos.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012b). O projeto foi enviado primeiramente à Secretaria Municipal de Educação (SME), solicitando a autorização para a realização do estudo na creche. Em seguida, foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob número do Parecer: 3.227.722.

Os resultados foram organizados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 18.0, para proceder às análises descritivas. Os resultados foram discutidos, confrontados e analisados de acordo com a literatura pertinente à temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 50 crianças e seus cuidadores. Os resultados foram analisados e discutidos, sendo apresentados em tabelas, e abordam dados referentes às variáveis sociodemográficas, crescimento e desenvolvimento das crianças.

Na Tabela 1 estão apresentadas a distribuição das crianças segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 – Distribuição do número de crianças segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Gênero	
Feminino	30 (60%)
Masculino	20 (40%)
Etnia	
Parda	23 (46%)
Branca	20 (40%)
UAPS que frequenta	
A	27 (54%)
B	11 (22%)
C	04 (8%)
Outros	08 (16%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem. IMC=Índice de Massa Corpórea.

Fonte: Dados gerados pelos autores (2019).

Verifica-se, na Tabela 1, que a maior parte das crianças é do sexo feminino (60%). A etnia parda obteve a maior parcela (46%), seguida da branca (40%).

Em relação aos dados da dimensão de Pessoa (fatores genéticos e biológicos) (BENETTI *et al.*, 2013), entre as crianças matriculadas na creche, existiu uma maior frequência do sexo feminino. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a distribuição populacional em Fortaleza, em 2010, apresentou uma população do sexo masculino na faixa etária de 0 a 4 anos correspondente a 86.157 habitantes e a população do sexo feminino de 82.657 (BRASIL, 2017).

No que se refere à dimensão do Contexto, foi explorado o Microssistema da criança e sua família. A UAPS que buscavam dependia do local de moradia, a maior parcela frequentava

a UAPS A (54%), seguida pela UAPS B (22%) e a UAPS C (8%). Essa realidade é encontrada em regiões urbanas em que, na mesma creche, convivem crianças de diversos territórios. Sabe-se que existem variações nos bairros de moradia em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que mede os índices de Renda, Educação e Longevidade. A UAPS A está localizada no bairro Rodolfo Teófilo, que tem o IDH de 0,481 e está na posição 33; a UAPS B encontra-se no bairro Damas, com IDH 0,51, na posição 27, e a UAPS C está localizada no bairro Pici, com IDH 0,218, na posição 100 (BENETTI *et al.*, 2013; PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2014).

Os estudos reforçam que as diferenças nutricionais são encontradas em cidades em relação ao IDH, existindo maiores iniquidades nas populações com menor IDH (VALE *et al.*, 2019; NEVES *et al.*, 2016), o mesmo pode-se pensar em relação aos bairros. Assim, o ambiente da creche pode ser entendido como o espaço que diminui as desigualdades vivenciadas pelas crianças em seus bairros, oferecendo refeições balanceadas durante todo o dia.

Estão apresentadas na Tabela 2 a distribuição das crianças segundo o crescimento, que é composto pelo peso, estatura e IMC, por meio dos gráficos do escore Z da Caderneta de Saúde da Criança.

Tabela 2 – Distribuição do número de crianças segundo o crescimento (peso, estatura e IMC). Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Peso/Idade	
Adequado	44 (88%)
Estatura/Idade	
Adequada	47 (94%)
IMC/Idade	
Eutrofia	26 (52%)
Risco de sobrepeso	14 (28%)
Sobrepeso	06 (12%)
Obesidade	02 (4%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem. IMC=Índice de Massa Corpórea.

Fonte: Dados gerados pelos autores (2019).

Os parâmetros foram avaliados levando-se em consideração o escore Z. Nas crianças que obtiveram crescimento inadequado, os pais foram indagados se já realizavam acompanhamento com profissional de saúde, se não, eram encaminhadas ao pediatra na UAPS.

No presente estudo, encontrou-se uma normalidade no peso (88%) e altura (94%) para a idade na maioria das crianças. Achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado com 92 crianças, de 24-36 meses, em creches em uma cidade do Vale do Jequitinhonha, em que o peso/idade e a estatura/idade alcançou o adequado em 96,7% e 84,7% das crianças, respectivamente (NEVES *et al.*, 2016), e no estudo em municípios do Maranhão, por inquérito domiciliar, em crianças menores de cinco anos, que encontrou peso e estatura adequados (95,6% e 91,5%, respectivamente) (CHAGAS, 2013).

O contexto histórico do estado do Ceará, nos anos 80, traz o combate à desnutrição infantil e à diarreia como as principais preocupações da época. Estudo realizado nesse período nos estados do Ceará, Sergipe e Rio Grande do Norte obteve que a prevalência de desnutrição infantil foi marcante, sendo mais elevada no Ceará do que nos outros dois municípios. No período, existiam claras associações entre a renda familiar e as prevalências de déficits de altura/idade e peso/idade. Em relação à diarreia, a frequência de episódios era duas vezes mais alta no Ceará do que em Sergipe e Rio Grande do Norte (VICTORA *et al.*, 1991).

Atualmente, o cuidado à infância no estado do Ceará está voltado aos “Primeiros Mil Dias de Vida”, período de tempo em que diversas conexões cerebrais acontecem. A infância é o momento que as crianças experenciam os desafios da vida em sociedade, cada vez mais complexa, assim, vão adquirindo a autonomia necessária para atuarem de maneira independente, de modo a interagirem e integrarem a comunidade de outros adultos e crianças (CEARÁ, 2019). Logo, o contexto familiar, social e comunitário no qual as crianças estão inseridas reflete no seu crescimento e desenvolvimento.

Podemos observar que, ao avaliar o Índice de Massa Corporal, aproximadamente a metade das crianças apresentou-se eutrófica, porém 28% demonstraram risco de sobrepeso, 12% sobrepeso e 4% obesidade, dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na Paraíba, com 269 crianças de 24 a 59 meses, que frequentavam creches públicas, em que 86,6% estavam eutróficas e 8,6% com sobrepeso (PEDRAZA *et al.*, 2017).

Esses dados corroboram também uma pesquisa realizada

na região Sul do Brasil, com 204 crianças pré-escolares de dois a dez anos, em que 66% estavam eutróficas e 34% estavam com excesso de peso (risco para o sobrepeso, sobrepeso e obesidade) (SPARRENBERGER *et al.*, 2015), e com estudo realizado com pré-escolares na cidade de Taubaté, interior de São Paulo, que encontrou eutrofia em 48,7% das crianças, risco para sobrepeso em 5,7% e sobrepeso e obesidade em 1,1% (LOPES, 2018). Também no estudo de Lopes (2018) foram realizadas duas avaliações no intervalo de dois anos, que obteve uma associação significativa entre ter excesso de peso (risco para o sobrepeso, sobrepeso e obesidade), em 2014, e ter sobrepeso ou obesidade, em 2016, resultando em um risco relativo duas vezes maior de apresentar sobrepeso ou obesidade após dois anos.

Apesar de a maioria das crianças serem eutróficas, ressalta-se que algumas estavam com sobrepeso/obesidade. O que reflete no crescimento e desenvolvimento inadequado, acarretando problemas físicos e psicológicos.

Estudo de caracterização do perfil antropométrico de crianças em creches de diversas cidades do Brasil encontrou uma transição nutricional com prevalências expressivas de sobrepeso (PEDRAZA; MENEZES, 2016).

Estudo que correlaciona o excesso de peso com o consumo de alimentos ultraprocessados encontrou que as maiores prevalências de excesso de peso estão nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, associadas ao consumo de ultraprocessados e maiores valores de IDH (VALE *et al.*, 2019).

Atualmente, encontra-se uma transição nutricional infantil, que pode ser evidenciada por pesquisa realizada com séries

transversais de base populacional nos anos de 1987, 1990, 1994, 2001 e 2007, dados das Pesquisas de Saúde Materno-Infantil do Ceará, sendo estudadas mais de 13 mil crianças até os três anos de idade. Dentre os resultados, encontrou-se que a desnutrição aguda caiu em 50%, porém a obesidade infantil aumentou 240%. Os fatores associados à obesidade infantil diferiram no decorrer dos anos, sendo, em 1987: renda familiar, cesariana, peso ao nascer >4kg, não falar e não andar. No ano de 2007, foram a escolaridade materna, peso ao nascer e o consumo de carboidratos. Ressalta-se que os fatores socioeconômicos se associaram de forma mais fraca no ano de 2007, mostrando o avanço da epidemia de obesidade para as áreas mais pobres (ROCHA, 2016).

Segundo o “Caderno de Atenção Básica: Crescimento e Desenvolvimento Infantil”, a inclusão do IMC nas medidas do crescimento possibilita uma melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura; também foi notado que o IMC mensurado na infância pode ser preditivo em relação ao IMC na idade adulta (BRASIL, 2012a).

Na pesquisa de Pedraza *et al.* (2017), que avaliou a percepção materna do estado nutricional do seu filho, apontou a necessidade de os cuidadores serem orientados sobre o estado nutricional infantil, pois, ao entenderem, tornam-se corresponsáveis nas medidas de prevenção e promoção da saúde.

Faz-se necessária a orientação aos cuidadores pelos profissionais de saúde por meio do uso da Caderneta de Saúde da Criança, com o uso dos gráficos para PC, peso, estatura e IMC. Pesquisas mostram a baixa utilização desse material (GAÍVA; SILVA, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

Na Tabela 3 estão apresentadas a distribuição das crianças segundo a avaliação do desenvolvimento por meio dos marcos e as áreas do desenvolvimento alcançados da CSC.

Tabela 3 – Distribuição do número de crianças segundo o desenvolvimento. Fortaleza, 2019.

Variáveis	N (%)
Desenvolvimento	
Adequado	25 (50%)
Alerta	19 (38%)
Provável atraso	06 (12%)
Áreas do Desenvolvimento	
Motor Grosso	47 (94%)
Linguagem	35 (70%)

Nota: Dados apresentados por número e frequência. N=número. %=porcentagem. IMC=Índice de Massa Corpórea.

Fonte: Dados gerados pelos autores.

Ressalta-se que para classificar o desenvolvimento foram agrupados em áreas e seguiram a classificação da CSC.

Quanto às crianças que ficaram em “Alerta para o desenvolvimento”, os responsáveis foram orientados sobre como estimular em casa e retorno para a UAPS de acompanhamento; as que apresentaram “Provável atraso no desenvolvimento” foram encaminhadas ao pediatra na UAPS.

A análise dos resultados obtidos pela aplicação da Cader-neta de Saúde da Criança, em relação ao Desenvolvimento, mos-trou que metade (50%) das crianças obteve o “desenvolvimento adequado” e 12% apresentaram “provável atraso para o desenvol-vimento”. Entre os estudos brasileiros que utilizaram procedimen-to de pesquisa semelhante, Oliveira *et al.* (2012), com 364 crianças de 2 a 24 meses em uma UAPS de Belo Horizonte, obteve 62,9% das crianças com todos os marcos para a idade presentes (desen-volvimento adequado), e em 28% das crianças existiu a ausência de um ou mais marcos para a idade (alerta ou provável atraso para o desenvolvimento). Estudo realizado com 122 crianças de 2 me-ses a 2 anos, em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, compa-rou a CSC com o AIDPI, e obteve através da CSC que 64,8% apre-sentaram desenvolvimento adequado e 35,2% alerta ou provável atraso para o desenvolvimento (ALVIM *et al.*, 2012).

Pesquisa realizada em Fortaleza e Sobral, com crianças em idades de 2 a 12 meses, encontrou desenvolvimento adequado em 77% e 87,3%, respectivamente (MAIA, 2013).

O papel do enfermeiro dentro do processo do desenvol-vimento pode acontecer no momento da puericultura ou em avaliações nas instituições, em que, por meio do Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento contido na Caderneta de Saúde da Criança são realizados os marcos do desenvolvimento correspon-dentes às idades. A partir dessa avaliação podem ser propostas as atividades a serem desenvolvidas pelos pais e cuidadores das crianças.

Em relação às áreas do desenvolvimento, o marco referente ao domínio Motor Grosso foi o mais alcançado pelas crianças (94%), também denominado de habilidades motoras gerais ou habilidades físicas que envolvem os músculos maiores. Para o desenvolvimento dessas habilidades, a criança necessita apenas de espaço e liberdade para movimentar-se. Sendo assim, o ambiente é importante para o desenvolvimento, como reforça a Teoria de Bronfenbrenner, pois, oferecendo as devidas oportunidades e os sistemas nervoso central, muscular e esquelético estando preparados, as crianças desenvolvem-se adequadamente. Eles iniciam pelas habilidades motoras mais simples e depois vão combinando o sistema de ações (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O marco que menos foi alcançado pelas crianças foi no domínio Linguagem (70%), concordando com outros estudos realizados em creches de João Pessoa, Goiânia e São Paulo, onde a avaliação do desenvolvimento foi realizada através do Teste de Triagem do Desenvolvimento – Denver II, os quais também encontraram a linguagem como a área mais afetada (SILVA, 2013; BRAGA *et al.*, 2011; BISCEGLI *et al.*, 2007).

A linguagem é um ato social, não sendo necessários apenas os mecanismos biológicos e cognitivos, mas é imprescindível a interação com o interlocutor vivo. Dentre os fatores que podem afetar o desenvolvimento da linguagem, encontra-se a necessidade de estímulos parentais, pois a aquisição da linguagem passa por um processo em que os gestos ajudam o bebê na fala, podendo o contato com os primeiros gestos ser preditor do tamanho do vocabulário futuro. As crianças na faixa etária até três anos utili-

zam gestos e palavras na comunicação, indicando o uso de sentenças com várias palavras no início da fala (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Logo, a creche é um local que pode proporcionar o desenvolvimento da linguagem, visto ser espaço favorecedor da interação, relações e trocas entre as próprias crianças e os educadores.

Além disso, a Teoria Bioecológica ressalta que muitos são os fatores que podem influenciar no processo de aquisição da linguagem, como a idade dos pais e cuidadores, o modo como interagem e conversam com as crianças, a ordem de nascimento dos filhos, a experiência no cuidar, a escolaridade, os amigos e a exposição às telas (televisão, computador, tablet), os quais definem o modo de desenvolvimento da linguagem (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Dentre os estudos relacionados à avaliação do desenvolvimento, a maioria focava no preenchimento e utilização da CSC pelos profissionais, não havendo relação direta com a avaliação dos marcos do desenvolvimento. Cabe ressaltar que foram encontrados apenas alguns estudos brasileiros de avaliação do desenvolvimento de crianças usando o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento da Caderneta de Saúde da Criança (ALVIM *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MAIA, 2013; SOARES *et al.*, 2017).

Pode-se pensar que o espaço da creche de tempo integral diminui diversas iniquidades vivenciadas pelas crianças, ao oferecer as refeições e estímulos dos educadores de forma igualitária.

Revisão sistemática realizada por Pereira *et al.* (2010) reforça que a frequência da criança na creche tem uma relação positiva com a melhoria do estado nutricional, pois a creche possibili-

ta as refeições durante o período que a criança está na instituição.

O estudo de Pedraza (2017) revela um melhor estado nutricional das crianças em creches de tempo integral comparadas às de tempo parcial, podendo ser considerado o papel protetor no desenvolvimento e a oferta de refeições para crianças de famílias com risco de insegurança alimentar.

Estudos também mostram que o investimento em creches e pré-escolas aumenta em 18% o poder de compra das crianças quando adultas e melhora a sua escolaridade e a chance de colocação no mercado de trabalho (UNICEF, 2008).

No cuidado integral, a criança perpassa as relações entre a creche e a família, a creche e a Unidade de Atenção Primária a Saúde e a família e a UAPS, sendo essas interações identificadas pela Teoria Bioecológica como o Mesossistema. A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal reforça que a comunicação entre esses cuidadores e serviços necessita ser clara e dinâmica, para que o cuidado seja oferecido de forma qualificada (CYPEL, 2011).

Assim, pode-se ressaltar a importância da creche no cuidado ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, sendo o papel do enfermeiro, por meio do Programa Saúde na Escola, esse acompanhamento do estado nutricional (peso e altura) e do desenvolvimento, pois o monitoramento ajuda nas tomadas de decisões e orientações aos educadores e pais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, identificou-se, em relação ao crescimento, que a maioria das crianças estava com o peso e altura adequados para a idade. Em relação ao IMC, a maior parte estava adequado,

porém ressaltando a atenção para o risco de sobrepeso.

No que diz respeito ao desenvolvimento, metade das crianças apresentou desenvolvimento adequado. Dentro das áreas do desenvolvimento, o Motor Grosso foi o mais presente e a linguagem foi o mais ausente.

Os resultados deste estudo permitiram o conhecimento da realidade das crianças que estudam em uma creche da zona urbana e abriu um leque de possibilidades para investigações futuras.

Dentro do campo da Enfermagem, o estudo possibilitou reconhecer a importância do uso do instrumento da Caderneta de Saúde da Criança para conhecer de forma mais profunda a criança e a família que está sendo cuidada.

Após esta pesquisa, recomenda-se a realização de novos estudos com crianças nessa faixa etária, em diferentes cenários, para que assim se possa conhecer com mais propriedades tanto o crescimento quanto o desenvolvimento e a família. Outro ponto relevante é a importância do vínculo família-creche-posto de saúde, que traz inúmeros ganhos para a qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil. Revisão sistemática de literatura. **Rev. Paulista de Pediatria**, São Paulo, p. 122-131, 2016.

ALVIM, C. G. *et al.* A Avaliação do Desenvolvimento Infantil: um Desafio Interdisciplinar. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl.1, p. 51-56. 2012.

BENETTI, I. C. *et al.* Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013.

BISCEGLI, T. S. *et al.* Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 337-342, 2007.

BRAGA, A. K. P. *et al.* Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças pré-escolares de zero a dois anos do município de Goiânia (GO). **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 2, n. 21, p. 230-239, p. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Cadernos de Atenção Básica, n.º 33).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Decreto n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. 12. ed. Fortaleza: Programa Mais Infância Ceará, 2019. (E-book). Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/EBook-MaisInfanciaCeara-2019.pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

CHAGAS, D. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 1 , n. 16, p. 146-156, 2013.

CYPEL, S. (Org.). **Fundamentos do desenvolvimento infantil:** da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011. Disponível em: http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/Fundamentos_do_desenvolvimento%20infantil.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância 2008**. Brasília: Caderno Brasil/UNICEF, 2008.

GAÍVA, M. A. M.; SILVA, F. B. Caderneta de Saúde da Criança: Revisão Integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 3, n. 8, p. 742-749, 2014.

HOCKENBERRY, M. J. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça Cidades e Estados do Brasil**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em: 11 jun. 2018.

LOPES, A. F. **Evolução do estado nutricional de crianças na idade pré-escolar**. 2018. 93 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MAIA, P. C. **O enfermeiro e a avaliação do desenvolvimento neuromotor do lactente**. 2013. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

NEVES, K. R. *et al.* Growth and development and their environmental and biological determinants. **J. Pediatr.**, v. 92, n. 3, p. 241-250, 2016.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 30, n. 4, p. 479-485, 2012.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEDRAZA, D. F. Perfil antropométrico de crianças segundo a estrutura das creches. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1361-1371, 2017.

PEDRAZA, D. F. *et al.* Concordância entre o Estado Nutricional aferido e o percebido pelas mães em crianças pré-escolares. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 3, n. 35, p. 289-295, 2017.

PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. Characterization of anthropometric assessment studies of Brazilian children attending daycare centers. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 34, n. 2, p. 216-224, 2016.

PEREIRA, A. S. *et al.* Frequência à creche e estado nutricional de pré-escolares: uma revisão sistemática. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 28, n. 4, p. 366-372, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Desenvolvimento Humano, por bairro, em Fortaleza. 2014. Disponível em: <https://pt.calameo.com/read/0032553521353dc27b3d9>. Acesso em: 04 set. 2018.

ROCHA, S. G. M. O. **Obesidade em crianças de região do semiárido brasileiro: tendência temporal e determinantes**. 2016. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

RODOVALHO, J. C. *et al.* Diferenças no crescimento e desenvol-

vimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia/GO. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 1, p. 122-132, 2012.

SILVA, A. C. D. **Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6 a 18 meses de vida inseridas em creches públicas do município de João Pessoa.** 2013. 135 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fiocruz, Joao Pessoa, 2013.

SILVA, A. C. D. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 9, p. 1881-1893, 2015.

SILVA, T. C. T. *et al.* Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 12, n. 12, p. 3445-3455, 2018.

SOARES, A. R. S. *et al.* Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor em Crianças de 0-18 Meses acompanhadas em uma Unidade Básica De Saúde da Família. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 531-538, 2017.

SPARRENBERGER, K. *et al.* Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **J. Pediatr.**, v. 91, n. 6, p. 535-542, 2015.

VALE, D. *et al.* Correlação espacial entre o excesso de peso, aquisição de alimentos ultraprocessados e o desenvolvimento humano no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 3, p. 983-996, 2019.

VICTORA, C. G. *et al.* A saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 218-225, 1991.

VITOLLO, M. R. *et al.* Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatr.**, v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010.

INTERFACES DA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ À LUZ DOS PRINCÍPIOS DO SUS: UM OLHAR DOS TOMADORES DE DECISÃO

*Francisco José Leal de Vasconcelos
Maria Socorro de Araújo Dias
José Reginaldo Feijão Parente
Lielma Carla Chagas da Silva
Karina Oliveira de Mesquita
Thaís Araújo Dias*

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, corolário do direito à vida e do respeito à dignidade da pessoa humana, é um dos Direitos Fundamentais almejados pela sociedade brasileira e passou a ser protegido e ofertado por cada esfera de governo, de forma universal e regional, por determinação da Constituição da República Federativa Brasileira (CRFB) e da Lei Orgânica da Saúde, garantindo, pois, que todas as pessoas que estiverem em solo nacional – cidadãos brasileiros ou não – sejam cuidadas na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e agravos (SALAZAR; GROU, 2009).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, a Lei 8.080/90, ao reconhecer saúde como estado de bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, transformou a realidade brasileira em um paradigma civilizatório da humanidade, por ter buscado romper as desigualdades e as iniquidades nas relações sociais, por meio da proposta de emancipação dos sujeitos, e se afirmou como política, conforme os termos da Constituição de 1988 (BRASIL, 2006).

Esta, ao determinar que a saúde seja direito de todos e de-

ver do Estado (BRASIL, 1988), constitucionalizou uma área essencial para o desenvolvimento sustentável da sociedade e sinalizou a importância de garantir assistência à saúde a todas as pessoas que estão em território nacional, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que, além de ter sido uma conquista na perspectiva da cidadania, simbolizou um avanço em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas. Santos e Andrade (2009, p. 101) ratificam essa tese ao afirmar que o SUS “é a única e verdadeira reforma do Estado ocorrida nos últimos vinte anos em favor da pessoa humana”, contemplando uma gestão descentralizada, regionalizada e solidária entre os entes federativos e perseguindo o princípio da universalidade.

Considerando a relevância e a complexidade da saúde, o legislador brasileiro delegou ao Estado, com a criação do SUS, a competência de ser o provedor das condições essenciais para a proposição e execução das políticas, ações e serviços de saúde, instruídos pelas diretrizes: I) da descentralização com direção única em cada esfera de governo; II) do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III) da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

De maneira complementar, a legislação infraconstitucional que regulamentou o SUS determinou que os serviços públicos e os serviços contratados ou conveniados sejam pautados, dentre outros princípios, pela universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e pela integralidade desta. Sendo esta, compreendida como conjunto articulado e contínuo

de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Na prática, o SUS é desenvolvido a partir da execução de políticas públicas e redes temáticas em saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS)² a mais importante delas, tendo em vista que representa a principal, mas não a única, porta de entrada para o sistema público de saúde e, portanto, a coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CAMPOS *et al.*, 2008; MENDES, 2015). Essa política transformou o modelo de atenção em saúde no país ao acompanhar o novo conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), buscando, dessa forma, uma maior aproximação dos princípios do SUS (OMS, 2003).

Infere-se que a APS representa uma resposta prática e efetiva dos entes federativos no âmbito da saúde, principalmente dos municípios – que são legalmente competentes para organizar e executar esta ação estatal –, para cumprimento da determinação constitucional de garantia do direito fundamental à saúde, sobretudo a partir da efetivação dos princípios da universalidade e da integralidade.

2 A literatura recorrente indica que os conceitos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde são utilizados como sinônimos, traduzindo uma perspectiva de nível de atenção em saúde. Essa similaridade também foi considerada na Política Nacional de Atenção Básica (Portarias 648/2006, 2.488/2011 e 2.436/2017). Dessa forma, este estudo utilizará o termo Atenção Primária à Saúde por convergir com a literatura internacional e por se aproximar dos cuidados primários de saúde defendidos na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978.

Contudo, mesmo com todos os arranjos organizativos e o arcabouço legal do SUS, nem sempre foi possível para o Estado garantir plenamente aos usuários todas as demandas solicitadas, devido às limitações administrativas, tecnológicas, financeiras e orçamentárias impostas à Administração Pública, principalmente aos entes municipais. Evidência que vem motivando o cidadão a buscar a tutela do Poder Judiciário, visando garantir a efetivação do seu direito individual, porém, também vem impactando, de certa forma, o planejamento das políticas públicas e afetando os princípios do SUS (PAIXÃO, 2019).

Do exposto, infere-se que há afinidades e contradições quanto ao efetivo cumprimento da universalidade e da integralidade no SUS, no contexto do fenômeno da judicialização da saúde, situação que enseja uma análise mais densa do objeto em apreço, sobretudo a partir dos achados científicos de que a ampliação da resolutividade do SUS, combinada com a efetividade e a melhoria da qualidade das ações e serviços por ele ofertados, pode refletir na redução de alguns conflitos levados ao Poder Judiciário (MEDRADO *et al.*, 2013; SINGH; CHOKSHI, 2014).

Desse modo, desdobra-se a intencionalidade do estudo, de analisar o panorama da judicialização do direito à saúde no Estado do Ceará, a partir dos olhares de tomadores de decisão tanto da ambiência da saúde como do judiciário.

MÉTODO

Estudo de caso, do tipo explicativo com abordagem qualitativa, realizado no período de agosto de 2018 a novembro de 2019. Ancorado nos aportes teóricos, na observação dos fatos e

nas percepções dos participantes, se propôs a analisar as interfaces da judicialização da saúde no Estado do Ceará a partir do olhar dos tomadores de decisão da saúde e do judiciário cearense, sob a ótica dos princípios do SUS, assim como contribuir para os campos da gestão da saúde e do trabalho dos operadores do Direito.

A proposta adentra a discussão no ramo da Saúde, especificamente no campo científico da Saúde Coletiva, envolvendo alguns conhecimentos das Ciências Humanas e Sociais, designadamente do campo do Direito, considerando que a compreensão sobre o fenômeno da judicialização da saúde exige uma análise transdisciplinar (FERIOTTI, 2009; SEVERO; SEMINOTTI, 2010), além de estar intrinsecamente relacionado às questões sociais do ambiente no qual as pessoas se inter-relacionam (CZERESNIA, 2008).

Realizado no estado do Ceará, a escolha do cenário de estudo se justifica pelo conhecimento empírico do volume considerável de ações judiciais de saúde deferidas em desfavor do Estado, considerando que o Ceará dispõe de uma rede estruturada e organizada de serviços públicos de saúde, a qual registra altas taxas de cobertura de assistência da Atenção Básica e, consequentemente, boa resolutividade, combinadas com níveis elevados de organização da rede pública de serviços de saúde nos territórios municipais.

Foram utilizadas como unidade de análise: entrevistas com quatro tomadores de decisão dos campos da saúde e do direito, todos vinculados formalmente à estrutura dos poderes do estado do Ceará. Como a judicialização se trata de um fenôme-

no multifacetado e dinâmico, optou-se pela escolha de gestores e magistrados com atuação profissional mais recente nos cargos públicos, fato que poderia melhor traduzir os movimentos e os impactos deste fenômeno na inter-relação entre os Poderes Judiciário e Executivo. Esse esforço se justifica também pela pretensão de captar em suas bases de fundamentação a existência dos princípios doutrinários do SUS.

Isso posto, os participantes foram um Gestor Geral da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) (secretário de saúde no período de 2015 a 2018), um Gestor da Atenção à Saúde da SESA-CE (secretária adjunta no período de 2013 a 2014 e secretária executiva no período de 2015 a 2018), um Gestor da Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle da SESA-CE (coordenador do sistema de regulação de Fortaleza e do Ceará no período de 2012 a 2019) e um juiz estadual, sendo este último o responsável pela unidade judiciária que dispõe do maior acervo de processos de saúde julgados em desfavor do Estado, no ano de 2018. Cabe destacar que esse magistrado responde pela 2ª Vara de Fazenda Pública estadual, a qual faz parte da Comarca de Fortaleza e foi responsável por julgar 679 processos de saúde durante o exercício de 2018, sendo este o maior volume de processos entre todas as unidades judiciárias estaduais e federais do Ceará.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado para as entrevistas e, quanto à sistematização dos conteúdos, optou-se pela tabulação das entrevistas por meio do software *Nvivo 11 Plus*, as quais foram analisadas seguindo o referencial metodológico da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), com as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, infe-

rência e interpretação. Que resultou nas seguintes categorias analíticas: Acesso dos usuários ao SUS; Aplicação dos princípios do SUS nas políticas públicas de saúde; e, A utilização dos princípios do SUS pelos magistrados ao julgarem as ações relacionadas à efetivação do direito à saúde. Ressalta-se que, para fins de identificação dos discursos, os participantes foram intitulados pela palavra Entrevistado e sequenciados numericamente (Ex.: Entrevistado 1, Entrevistado 2...).

Para a preservação dos aspectos éticos, o estudo seguiu as disposições da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como respeitou as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, as quais estão determinadas na Resolução 510/2016 do CNS, com vistas a prevenir quaisquer danos que o estudo possa causar aos participantes. Ademais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral-CE, por meio do Parecer n.º 3.378.017 e CAAE n.º 12782419.6.0000.5053.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conteúdos reverberados nas entrevistas com os tomadores de decisão dos campos da gestão da saúde e do direito resultaram na análise de categorias temáticas que, juntas, permitem abstrair a complexidade do fenômeno em apreço e os matizes que se apresentam nos processos relativos ao direito à saúde, tendo como um dos recursos a judicialização. Seguem-se com as categorias: Acesso dos usuários ao SUS; Aplicação dos princípios do SUS nas políticas públicas de saúde; e, A utilização dos princípios do SUS pelos magistrados ao julgarem as ações relacionadas à efe-

tivação do direito à saúde.

Acesso dos usuários ao SUS

Com o auxílio do *Nvivo*, no que se refere à primeira categoria de análise emergida, foi possível verificar a predominância de algumas palavras, que apresentaram maior abordagem frequencial: acesso (202x); complexidade (189x); demanda (97x); população (63x); saúde (47x); e SUS (36x). As demais palavras da nuvem não foram mencionadas por não aparecerem com frequências próximas e não se apresentarem significativas para a análise, como exposto na Figura 1.

é muito prejudicado. Quando a gente fala de alta complexidade, de quimioterapia, radioterapia, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, o acesso é muito bom. Então, se a gente for pegar o acesso como um todo, o tratamento do doente do SUS, depois do acesso, ele é perfeito (Entrevistado 1).

Os discursos demonstram que o SUS é considerado um sistema que oferece um bom acesso à população, principalmente quanto à oferta de serviços de maior complexidade e quando se estabelece a relação público e privado. Assim como também expressam os desafios e as ações pouco sucedidas no acesso ao Sistema, quando se trata da análise no contexto estadual. Tais ponderações remetem ao aumento contínuo da demanda de usuários nos serviços públicos de saúde.

Eu não conheço um plano de saúde que dá assistência que o SUS dá. E eu sou médico, acompanho o sistema privado. A entrada do sistema: é que ela é muito rudimentar ainda, então, o acesso como um todo, ele é ruim (Entrevistado 1).

Me parece que o estado não consegue atender à demanda. Porque se assim fosse, não haveria uma demanda tão grande, um pedido tão grande, concernente a esse tema referente ao atendimento público e gratuito, nas unidades que recebem essa clientela do SUS (Entrevistado 3).

O acesso talvez seja o maior desafio para o usuário do sistema de saúde não só no Ceará, mas no Brasil como um todo (Entrevistado 4).

É notória a relação intrínseca entre o aumento da demanda e a capacidade do SUS em atendê-la, considerando que a maioria dos usuários são clientes do sistema público de saúde. Existe uma necessidade de organização dessa relação oferta-demanda, o que potencializaria a efetividade do acesso ao SUS. Viacava *et al.* (2018) confirmam que a avaliação da qualidade do cuidado ofertado se configura como essencial para a análise do acesso, da oferta e do uso de serviços de saúde. Essa avaliação demandaria a abordagem de outras dimensões do desempenho do sistema de saúde, como adequação, continuidade, aceitabilidade, efetividade, eficiência, segurança e respeito aos direitos do paciente.

Assim, esses desafios inerentes ao aumento da demanda do sistema público de saúde, com insuficiência de oferta de serviços para esse atendimento em sua totalidade, refletem na necessidade de maior organização de seus fluxos e processos. Esse contexto é evidenciado no discurso dos entrevistados.

Mas aqui tem uma característica importante, que 85% da população tem uma relação de SUS-dependência. Então isso provoca um mega desafio no sentido de que esse acesso seja promovido. Sobremaneira a nossa maior dificuldade, ainda, talvez seja na organização disso. O que consigo visualizar é que muitas vezes a oferta é feita, mas não é em cima da necessidade que a população está demandando e, muitas vezes, como são várias portas de entrada, eu vejo muita repetição de solicitação em cima do mesmo cidadão, ou seja, ele concorre com ele mesmo numa fila, por exemplo (Entrevistado 4).

Essa fala discorre sobre a necessidade de buscar medidas que reduzam os casos judicializados, isto é, ações de melhoria na gestão do SUS, medidas extrajudiciais de solução de conflitos e medidas que beneficiem a coletividade, por meio da organização da saúde. Assim, geraria o aperfeiçoamento de soluções para as demandas por saúde pública.

Aplicação dos princípios do SUS nas políticas públicas de saúde

Quanto à aplicação dos princípios do SUS nas políticas públicas de saúde, verificou-se a predominância dos seguintes termos: equidade (250x); princípio (155x); direito (99x); necessidade (95x); poder (60x); sistema (57x); e acesso (30x). Como podemos observar na nuvem de palavras expressa na Figura 2.

do acesso. Quando a gente fala de equidade, a gente trabalha com priorização. A equidade é um princípio muito complexo de ser entendido para quem estuda o SUS. A equidade quer dizer dar mais a quem precisa de mais, ou seja, quando você pega todo mundo com a mesma necessidade, você vai priorizar aquele que tem mais necessidade e maior risco de morte ou sequelas (Entrevistado 1).

Então, a equidade funciona muito bem, quando você trabalha com regulação. Que é o que você precisa priorizar. Então ela é um princípio que está sempre, é universal (Entrevistado 2).

Leva em conta a universalização, direito para todos, independente de raça, cor ou condição social. Mas o que a gente percebe é que, muitas vezes, aquele paciente que tem menor poder aquisitivo, ele é mais constrangido na procura do seu direito (Entrevistado 2).

As opiniões dos participantes evidenciam que os princípios são considerados nas políticas públicas de saúde, associados à essência de suas definições, especialmente quando se trata da busca constante pela justiça social por meio das decisões judiciais relacionadas à saúde.

Cabe destacar que, segundo o princípio da universalização, a saúde é um direito de todos e um dever do poder público para a provisão de serviços e de ações que lhes garantam prevenir as doenças e promover sua saúde. A universalização coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem. A prática da equidade induz os gestores a perceberem a necessidade de se reduzirem as disparidades sociais e regionais,

também por meio das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2000).

A equidade recupera a ética e a justiça em valores e regras de distribuição, e reconhece que, por conta das diferenças existentes entre os indivíduos, faz-se necessário um tratamento diferenciado que possa compensar as desigualdades existentes, ou seja, o tratamento desigual é justo quando executado em benefício de quem mais necessita (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

Uma das evidências importantes das falas dos entrevistados é a reflexão sobre o financiamento como um entrave significativo para o alcance dos princípios do SUS, como representado nos discursos a seguir.

Então, meu pensamento é de que os princípios são oferecidos, sim, mas quando a gente vai discutir a lógica do financiamento do sistema, a gente tenta usar esses princípios para justificar a oferta ou não de determinada coisa. O que eu acho que não condiz (Entrevistado 4).

A única coisa que eu acho que constitucionalmente não foi muito preservado e não é respeitado na realidade, talvez seja a noção de como esse financiamento faria frente, por exemplo, na própria questão da equidade (Entrevistado 4).

Então, eu não acho que exista uma justiça nessa universalidade, porque quem não tem condição de ir à Defensoria para garantir aquele direito ou então contratar advogado particular, fica à mercê, de se sobrar e quando der, ele vai ser chamado para ter sua necessidade atendida. E é isso que a gente visualiza hoje (Entrevistado 2).

A questão da equidade num sistema sanitário está muito mais vinculada à sua necessidade e não ao quanto você pode dispor ou não. Se nós temos um sistema que o princípio um dele é a universalidade, a equidade não poderia olhar para o quanto eu tenho para poder ter acesso [...]. Então, o mecanismo da equidade, está muito mais vinculado a como é que eu distribuo os recursos de acordo com a necessidade dos cidadãos (Entrevistado 4).

Observa-se que a dificuldade de financiamento acaba sendo um desafio para a operacionalização do direito à saúde, colocando-se como entrave tanto para os profissionais que buscam garantir esse direito como para os usuários que são impedidos de ter seu acesso garantido. Assim, refletimos como a distribuição de recursos e as desigualdades podem incidir na saúde da população.

Importante assinalar que o desafio do financiamento da saúde passa pela necessidade de ampliação dos recursos financeiros, tendo em vista a construção de um sistema público universal, integral e igualitário e também pela melhoria da qualidade do gasto em saúde. Partindo do pressuposto de que os recursos são limitados, racionalizar seu uso a partir das necessidades das populações pode, sem dúvida, representar ganhos em eficiência e, principalmente, em equidade na alocação de recursos no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

Quando se fala na distribuição de recursos públicos, a igualdade, a equidade e a integralidade são tidas como três dos mais importantes princípios dos paradigmas de justiça. Disposições alocativas fundamentadas no princípio da igualdade canalizam estratégias para a universalização das políticas sociais, ao

passo que decisões baseadas na equidade e na integralidade comumente implicam na focalização dessas políticas. A aplicação desses princípios repercute diretamente na estrutura de desigualdades de uma sociedade, nos gastos das políticas sociais e em seu processo de implementação e controle. A forma como se dá essa aplicação pode aumentar ou minimizar a estrutura existente. Essa discussão é extremamente oportuna no Brasil, onde os recursos são escassos e as desigualdades sociais levam a maior parte da população à dependência dos serviços oferecidos pelo Estado, permitindo que os resultados da alocação tenham impactos diretos e significativos na vida dos usuários, principalmente daqueles que se encontram em maior necessidade (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

A utilização dos princípios do SUS pelos magistrados ao julgarem as ações relacionadas à efetivação do direito à saúde

Nesta categoria de análise, verificou-se a predominância das palavras: princípio (200x); judicialização (186x); direito (74x); estado (69x); justiça (58x); e aspecto (55x). A nuvem de palavras expressa na Figura 3 traz a imagem representativa do posicionamento dos magistrados no que se refere ao julgamento de ações relacionadas à efetivação do direito à saúde.

tivação do direito à saúde, considerando a determinação contida na Constituição Federal de 1988. De igual modo, os participantes destacam os embates entre a gestão de políticas públicas sob a responsabilidade do Poder Executivo e as decisões do Poder Judiciário, que compelem o Estado a fornecer serviços e ações de saúde.

É a judicialização. Eu acho que eles fazem isso levando em consideração esses princípios, mas na minha visão eles não veem tudo que está descrito na Constituição, no artigo 196, onde diz que saúde é direito de todos e dever do Estado. Eles analisam por aí, mas tem um detalhe que diz: garantir saúde e direito de todos mediante políticas sociais e econômicas. Então, eu vejo que a justiça só diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Ela não quer saber se aquilo está garantido em política social ou política econômica (Entrevistado 2).

Primeiro princípio é o da universalidade. Se nós estamos falando de universalidade, então, esse princípio faz com que não tenha barreira para nenhum cidadão ter acesso (Entrevistado 4).

Estabelecida nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a garantia do direito à saúde se tornou dever do Estado, mas sua concretização envolve questões políticas, econômicas, orçamentárias, tecnológicas, sociais, culturais e jurídicas que, conjugadas entre si, permitem vislumbrar seus desafios (VENTURA *et al.*, 2010).

A integralidade e a equidade também são citadas como inspirações normativas importantes a serem consideradas pelos magistrados, tendo em vista todos os desafios que perpassam essa

lógica da operacionalização.

Quando à equidade, a Justiça Federal, hoje, pede para não quebrar o critério de prioridade. A Justiça Federal tende a respeitar a equidade (Entrevistado 1).

Quando a gente vai para outros dois que é a integralidade e a equidade, dentro desse contexto, se é também integral, então teoricamente ele é mais amplo do que se possa imaginar. Ele teria que compor todas as ações aí vinculadas, mas dentro da equidade que muitas vezes ela é imposta para o juiz para poder ele mensurar o que deve ter acesso ou não. E a equidade não deveria ser na lógica da posse (Entrevistado 4).

Sobre como procedem diante de demandas por direito à saúde, os participantes mencionam a não padronização desses processos entre os diversos magistrados, permitindo maior possibilidade de deferimento a partir da constatação da necessidade pelo juiz, sem menção a parâmetros definidos.

A equidade, que é um dos princípios, se perde na judicialização. Alguns juízes pedem para que a gente não quebre esse princípio. Só que as ordens ainda não seguem um padrão. Então, também depende da boa vontade e do bom senso do juiz (Entrevistado 1).

Considerando a necessidade de melhorar a eficiência dessas soluções, é fundamental a adoção de cuidados e parâmetros que sirvam como referência para analisar as peculiaridades do caso concreto. Barcellos (2008) diz ser complexo definir o sentido e o alcance do direito à saúde, pois a necessidade de evitar a mor-

te, a dor ou sofrimento físico é critério muito amplo e impreciso para definir o que é exigível para o Estado em matéria de prestações de saúde, sendo igualmente complexo definir quais prestações de saúde são constitucionalmente exigíveis e possivelmente indispensáveis para o restabelecimento ou a manutenção da saúde do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou, inicialmente, a compreensão de como o direito à saúde e o acesso à justiça representam algumas das principais garantias protegidas pela Constituição Federal de 1988, a qual veio a público como um importante instrumento jurídico-político de consolidação do Estado Democrático de Direito e dos Direitos Fundamentais.

A Carta brasileira de 1988 é o documento que valida o ordenamento jurídico pátrio e representa a união de esforços da população e das instituições na conquista dos direitos e garantias essenciais à proteção e manutenção da vida e ao fortalecimento da convivência em sociedade, sobretudo, por meio da prestação positiva de ações estatais.

O Sistema Único de Saúde simboliza uma dessas relevantes conquistas para a população brasileira por considerar que o país ainda padece os efeitos de uma prática histórica de iniquidades sociais geradas pela concentração de renda e pela tímida e conflituosa participação do Poder Público em direção à criação e manutenção de possibilidades de empoderamento *latu sensu* da população.

O acesso à justiça também se configura como um avanço histórico-político de fortalecimento do Estado brasileiro, voltado para a proteção das garantias individuais e coletivas das pessoas e para o aperfeiçoamento das competências das instituições públicas, permitindo maior segurança à continuidade do pacto civilizatório e social e resultando em mais harmonia entre as pessoas e entre estas e o meio ambiente em que vivem.

Note-se que, apesar das limitações e desafios, a intercessão entre direito à saúde e acesso ao Poder Judiciário na busca pela garantia desse direito é dada como uma evolução das práticas democráticas, autorizadas pelo ordenamento jurídico-político vigente – tese que deve ser refletida pelos representantes das instituições da Saúde Pública e do Judiciário como uma oportunidade de congregação de conhecimentos sobre os fazeres de cada um e sobre os objetivos que os unem.

Tal proposta não se contrapõe à operacionalização dos princípios doutrinários do SUS (universalidade e integralidade), tendo em vista que o postulado da Administração Pública é o tratamento isonômico e igualitário entre as pessoas. Entretanto, este último não pode ser entendido no sentido literal, mas sim compreendido a partir da dimensão racional de, sabendo-se que as pessoas são diferentes e apresentam necessidades diversas, ofertar determinado serviço conforme as condições de saúde da pessoa e de acordo com o plano terapêutico requerido pelo profissional que avaliou o caso; sempre reiterando que este último deve se pautar pela ética e pelo zelo e respeito com a coisa pública.

Faz-se necessário registrar que o fenômeno da judicialização da saúde continue sendo estudado e seu contexto, nas Unida-

des da Federação, permaneça sendo analisado, pois, como se trata de um movimento social ligado à funcionalidade das instituições estatais e, portanto, em constante mutação, muitas soluções para os problemas de assistência aos pacientes podem surgir a partir das discussões ocorridas nos autos dos processos e das análises científicas sobre estes, sobretudo investigando as razões que deram causa aos litígios.

Por derradeiro, conclui-se ainda que a preservação dos princípios constitucionais da universalidade e da integralidade nos cenários de prática do SUS e nas ambiências de julgamento do Judiciário brasileiro representa uma potencial solução contínua de remodelamento organizacional e estrutural das políticas públicas de saúde ofertadas pelo Estado brasileiro.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidade, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas. **Rev. Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 133-160, jul./dez. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080/1990, de 19.09.1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Site oficial.** CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/>. Acesso em: 03 nov. 2019.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. *In:* CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008. p. 16-28.

CZERESNIA, D. Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais e a integração das ciências. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 06, p. 1112-1117, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2008.v42n6/1112-1117/pt>. Acesso em: 10 out. 2018.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **NESME**, v. 02, n. 06, p. 113-219, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v6n2/v2n6a07.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

MEDRADO, R. G.; CRUZ, M. V. G.; RASO, L. M.; ROCHA, H. H. N. R. SOS SUS: Muita Justiça, Pouca Gestão? Estudo sobre a Judicialização da Saúde **XXXVII Encontro da ANPAD**, Rio de Janeiro, 2013.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf. Acesso em: 09 jul. 2018.

PAIXÃO, A. L. S. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 6, p. 2167-2172, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602167&lng=en. Acesso em: 05 dez. 2019.

SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. **A defesa da Saúde em Juízo**. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, Supl. 1, p. 1685-1698, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1685-1698/pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

SINGH, A.; CHOKSHI, M. A realização do direito à saúde por meio da cobertura universal de saúde. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 02, p. 13-29, jul./out. 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-750389>. Acesso em: 19 jul. 2018.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 786-799, 2016.

VENTURA, C. A. A. *et al.* Participatory culture: citizenship-building process in Brazil. **Interface** (Botucatu), v. 21, n. 63, p. 907-20, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005011102&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 03 nov. 2019.

VIACAVA *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601751&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 nov. 2019.

USO DE TELECONSULTORIAS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIO MARANHENSE

Ellen Rose Sousa Santos

Liberata Campos Coimbra

Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves

INTRODUÇÃO

No Brasil, a organização e a ampliação do acesso à Atenção à Saúde por parte dos cidadãos brasileiros ainda é um desafio para a gestão setorial. Entre as principais dificuldades, destacam-se a baixa oferta de serviços especializados, fragmentação da rede de atenção à saúde e dificuldade em potencializar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial e ordenadora das redes de serviços disponíveis (DAMASCENO; CALDEIRA, 2018).

A telessaúde insere-se neste contexto como uma ferramenta para o apoio aos profissionais, pois disponibiliza orientações e possibilidades de discussão sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes por meio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), auxiliando-os na prestação de cuidados na saúde e ampliando a capacidade resolutiva na APS (WHO, 2010). O uso da telessaúde pode ser uma estratégia para a ampliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; CELES *et al.*, 2018; WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2016).

A criação do Programa Nacional de Telessaúde, em 2007, possibilitou que a telessaúde se tornasse acessível para os

profissionais de saúde, principalmente nas áreas mais remotas (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; BERNARDES; COIMBRA; SERRA, 2018; LOPES; HEIMANN, 2018). O modelo adotado prioriza a ligação das universidades e a APS de municípios por meio da tele-educação e teleassistência, sendo as teleconsultorias uma modalidade de grande utilidade (CELES *et al.*, 2018; BERNARDES; COIMBRA; SERRA, 2018; LOPES; HEIMANN, 2018).

Teleconsultorias são consultas realizadas entre especialistas, profissionais da saúde e gestores para esclarecer dúvidas relacionadas ao processo de trabalho na saúde (BRASIL, 2011). O objetivo é ampliar a capacidade resolutiva de quem solicita, por intermédio da construção de novos conhecimentos relacionados às necessidades locais, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

Quando incorporada ao processo de trabalho, a utilização da teleconsultoria contribui com ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) à medida que fomenta a construção de conhecimentos no e para o trabalho, promovendo a qualificação dos profissionais, aumentando a resolubilidade da atenção ofertada à população e fortalecendo a APS (SILVEIRA, 2017).

Estudos demonstram que esse benefício é percebido quando as teleconsultorias são incorporadas ao cotidiano de trabalho e aceitas pelos usuários e gestores. No entanto, a integração do Programa Telessaúde como rotina não progrediu como o esperado e a baixa utilização da ferramenta ainda é uma realidade nacional e internacional (LUCENA *et al.*, 2016; NILSON *et al.*, 2017; HARZHEIM *et al.*, 2016).

De acordo com os monitoramentos realizados por meio do Sistema de Monitoramento das Teleconsultorias do Núcleo Estadual de Telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (NTS-HUUFMA) (<http://telessaude.huufma.br/portal/>), entre os municípios maranhenses que possuem o Programa implantado, Caxias teve boa adesão em 2017, com 2.629 teleconsultorias assíncronas realizadas. Os 22 pontos instalados mantiveram-se ativos e apenas uma das 37 equipes cadastradas não usou a ferramenta naquele ano. Apesar disso, dos 332 profissionais cadastrados, 160 não realizaram qualquer teleconsultoria durante todo o ano.

Considerando que as condições para o uso são iguais para a maioria dos profissionais cadastrados, acredita-se que a logística não seja o principal dificultador para a adesão ao Programa Telessaúde no município, uma vez que a maioria trata-se de usuários ativos e o município dispõe de uma quantidade de computadores, estrutura e conexão à internet adequada.

É possível que alguns profissionais não reconheçam a teleconsultoria como um instrumento de apoio para as suas práticas na saúde ou que não se sintam preparados para o uso. Portanto, considera-se importante identificar as características e fatores institucionais, técnicos, socioeconômicos, humanos e educacionais para o uso das teleconsultorias pelos profissionais, buscando contribuir para a tomada de decisões que promovam a implementação, manutenção, difusão e sustentabilidade dessa tecnologia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de maio de 2018 a outubro de 2019, em Caxias, terceiro maior município do Maranhão.

A APS do município de Caxias é composta por 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 50 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com proporção de cobertura populacional estimada em 100%, e 48 equipes de saúde bucal implantadas. As UBS possuem: 379 agentes comunitários de saúde, 48 enfermeiros, 63 técnicos de enfermagem, 39 auxiliares de enfermagem, 35 médicos de família, um médico clínico e 43 cirurgiões-dentistas, totalizando 608 profissionais (BRASIL, 2018).

A implantação do Programa Telessaúde no município ocorreu em maio de 2015, com a implantação de dez pontos. No período do estudo, existiam 22 pontos instalados, contemplando 37 equipes de saúde e 434 profissionais cadastrados. Entre janeiro e dezembro de 2017, todas as UBS mantiveram-se ativas e os profissionais da APS solicitaram 2.629 teleconsultorias assíncronas, eventos que justificaram a escolha do município de Caxias para este estudo.

A população do estudo foi constituída por profissionais cadastrados no Programa Telessaúde e que atuavam no município de Caxias no período da coleta de dados. Dos 434 profissionais cadastrados até 2017, 332 ainda atuavam no município e 233 compareceram na coleta de dados – houve perda de 99 profissionais. A coleta ocorreu em 2018 por meio de um questionário organizado em três blocos (ALKMIM, 2010).

O primeiro bloco possui dez perguntas relacionadas às características dos profissionais: nome, sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de formação, especialidade, experiência na Atenção Primária e tempo de atuação no município.

O segundo bloco, com 12 questões sobre os fatores organizacionais e tecnológicos, com as variáveis: treinamento para o uso; treinamento suficiente; acesso a esclarecimento em caso de dúvida técnica sobre o uso da teleconsultoria; tempo gasto pelo sistema para responder à solicitação; esclarecimento da dúvida após a teleconsultoria; tempo gasto para preparo da solicitação; possibilidade de discutir casos com outros profissionais, fora do sistema de teleconsultorias; uso pessoal de computador/internet na rotina diária do trabalho ou na vida pessoal; qualidade da conexão com a internet; disponibilidade de computador para o uso de teleconsultorias; e local para o uso, sendo três questões para a caracterização do uso, considerando as variáveis: usuário ativo, frequência do uso e uso fora do local de trabalho; duas questões sobre os fatores institucionais: conhecimento sobre a existência do Programa Telessaúde e orientação administrativa do município para o uso do sistema de Teleconsultorias; três questões sobre os fatores técnicos: disponibilidade de tempo para usar no trabalho, complexidade do sistema e confiança na confidencialidade das informações clínicas com o uso do Telessaúde; cinco questões sobre os fatores socioeconômicos: benefícios para o paciente, redução de encaminhamentos, utilidade para a prática diária de trabalho, sensação de isolamento profissional e redução da sensação de isolamento profissional; três para os fatores humanos: interferência negativa frente ao paciente, comunidade e colegas; e

três questões sobre os fatores educacionais: teleconsultorias como ferramenta educacional; teleconsultorias como ferramenta de atualização e melhora na resolução de problemas do trabalho.

O terceiro e último bloco, com quatro perguntas sobre o grau de satisfação do profissional em relação ao Programa Telessaúde, utilizando uma escala Likert de 5 pontos. As variáveis estudadas são grau de satisfação; atendimento de necessidades; possibilidade de recomendação; e possibilidade de voltar a usar o serviço.

Os questionários foram aplicados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e era facultada a desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem prejuízo ao entrevistado. A digitação sistemática dos dados foi realizada no programa EpiInfo versão 7.2. e, para a análise descritiva dos dados, utilizou-se o software R® versão 3.5.3.

A pesquisa que deu origem a este estudo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Todos os procedimentos obedeceram à Resolução n.º 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 233 profissionais, sendo 81,5% do sexo feminino, sem companheiro (51,9%); 88% possuíam mais de 30 anos de idade e 60,6% eram agentes comunitários de saúde. Dos 46 profissionais de nível superior, 78,3% possuíam pós-graduação. Sobre a trajetória profissional, 49,8% com mais de cinco anos de formados; 85,4% possuíam mais de cinco anos de atuação na APS; e 87,1% com mais de cinco anos de atuação no município (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos profissionais cadastrados no serviço de Telessaúde de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo		
Masculino	43	18,5
Feminino	190	81,5
Situação conjugal		
Com companheiro	112	48,1
Sem companheiro	121	51,9
Idade		
Até 30 anos	20	8,6
31 a 40 anos	106	45,5
41 anos ou mais	99	42,5
Não informado	8	3,4
Categoria Profissional		
Médico	5	2,1
Enfermeiro	33	14,2
Dentista	8	3,4
Auxiliar/Técnico de Consultório Dentário	17	7,3
Auxiliar/Técnico Enfermagem	29	12,4
ACS	141	60,6
Tempo de trabalho na Atenção Primária		
Menos de 1 ano	9	3,9
1 a 3 anos	14	6,0
+3 a 5 anos	11	4,7
Acima de 5 anos	199	85,4
Tempo de trabalho no município		
Menos de 1 ano	2	0,9
1 a 3 anos	18	7,7
+3 a 5 anos	10	4,3
Acima de 5 anos	203	87,1
Tempo de formação		

1 a 5 anos	51	21,9
Mais de 5 anos	116	49,8
Não informado	66	28,3
Pós-graduação (<i>Lato sensu</i> ou Especialização)*		
Sim	36	78,3
Não	10	21,7
TOTAL	233	100,0

*dados referentes somente aos profissionais de nível superior (46).

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Identificou-se que 72,1% dos profissionais usa ou já usou as teleconsultorias e, destes, apenas 36,5% afirmaram ser usuários ativos, sendo que 27,9% nunca utilizaram. Ao comparar a resposta ser ou não usuário ativo com a frequência do uso, apenas 21,1% utilizam o serviço pelo menos uma vez ao mês, frequência necessária para ser considerado usuário ativo. Além da pouca utilização, entende-se que muitos deles não entendiam o que é usuário ativo.

Estudos realizados no Brasil apontam a baixa utilização das teleconsultorias como um problema a ser superado (SCHMITZ; HARZHEIM, 2017; ALKMIM *et al.*, 2015). Alkmim e colaboradores (2015) destacam que profissionais preferem encaminhar os usuários para outro serviço do que solicitar apoio ao Programa Telessaúde. No Maranhão, Bernardes, Coimbra e Serra (2018) demonstraram que apenas 36% dos municípios com o Telessaúde implantado e 20% das unidades de saúde cadastradas utilizaram as teleconsultorias no período de 2015 e 2016. Destaca-se que a baixa utilização do Programa pode ser multideterminada e o olhar atento aos diferentes aspectos desse problema poderá subsidiar a identificação de estratégias para o enfrentamento dessa realidade.

Em relação ao uso das Teleconsultorias, 64,9% dos profissionais afirmaram que não as utilizam fora do local do trabalho, mantendo o uso restrito à Unidade Básica de Saúde. Atualmente, algumas regiões do Brasil já dispõem de aplicativos para Android e IOS para a realização das teleconsultorias via smartphones (DAMASCENO; CALDEIRA, 2019), realidade já possível, mas pouco observada entre aos profissionais cadastrados no NTS-HUUFMA. É possível que eles não conheçam essa possibilidade e sugere-se que isso seja reforçado nas capacitações para o uso do Telessaúde.

Observamos no atual estudo que 96,6% dos profissionais possuíam conhecimento do Programa Telessaúde no município, mas quase metade (42,1%) afirmou que não recebeu treinamento para o uso.

Estudos demonstraram que o treinamento é um dos fatores mais importantes na utilização das teleconsultorias (ALKMIM *et al.*, 2015; PESSOA *et al.*, 2016) e que a falta de informações e de treinamentos para o seu uso estão associadas à não utilização pelos profissionais (DAMASCENO; CALDEIRA, 2019). Além disso, os treinamentos não devem ser limitados ao momento que o município adere ao Programa, sendo continuamente ofertados para possibilitar ajustes necessários para a incorporação ao trabalho (ALKMIM *et al.*, 2015; DAMASCENO; CALDEIRA, 2018; MONTEIRO *et al.*, 2017).

Em relação ao processo da teleconsultoria assíncrona, o prazo máximo para a resposta é de 72 horas (BRASIL, 2011). Neste estudo, 88,7% considerou adequado o tempo que precisaram aguardar para o recebimento da resposta. Outros estudos, por sua vez, demonstraram que o tempo que o profissional precisa aguardar

dar é um fator limitante para o uso (GRUPPELLI, 2017) e pode levar o profissional a buscar outras fontes de informações mais rápidas (MARCOLINO *et al.*, 2014).

Na realização da solicitação, o profissional usuário deve atentar-se a vários aspectos, pois, em casos mais complexos, o preparo pode exigir revisão dos registros dos pacientes, demandando tempo. No atual estudo, apesar de grande parte dos profissionais (47%) não ter considerado o tempo gasto no preparo como um fator limitante ao uso das teleconsultorias, 32,2% afirmou que esse tempo limitou o uso.

Maeyama e Calvo (2018) afirmam que a possibilidade do profissional dedicar parte do tempo para realizar as teleconsultorias pode garantir a sustentabilidade do Programa. Eles destacam que, mesmo com a redução da carga horária da assistência para o uso do Telessaúde, o tempo de espera dos usuários por especialistas diminui, pois parte dos casos passam a ser resolvidos ainda na APS e o número de casos em busca de especialistas diminui (MAEYAMA; CALVO, 2018).

Entende-se que existe a necessidade de o profissional dedicar parte do tempo do trabalho para a realização das teleconsultorias e que, dependendo do caso, esse tempo pode comprometer outras atividades assistenciais. Por isso, recomenda-se a realização de treinamentos que incluam as possíveis implicações do uso das teleconsultorias, no intuito de prepará-los não para perceberem-nas como algo que irá impedir o uso, mas que serão consideradas no planejamento e implementação de mudanças que integrem o Telessaúde às suas demais agendas.

Neste estudo, 76% dos profissionais afirmaram que é

possível discutir casos clínicos com outros profissionais durante a rotina de trabalho. Assim, o Telessaúde vem para ampliar as possibilidades de EPS na medida em que disponibiliza mais um espaço de discussão entre os profissionais sobre necessidades do trabalho e a construção de conhecimentos úteis para a tomada de decisão (BRASIL, 2012a; 2007a).

Em relação à estrutura tecnológica disponibilizada para o uso do Telessaúde, 60,1% dos participantes consideraram a conexão com a internet no município satisfatória, 57,9% afirmaram que possuíam computadores para o uso das teleconsultorias e 69,9% dos profissionais afirmaram que o local para o uso do Telessaúde era adequado (Tabela 2).

Tabela 2 – Estrutura organizacional e tecnológica para o Telessaúde em Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

USO E ESTRUTURA	n	%
Treinamento		
Sim	128	54,9
Não	98	42,1
NA (Desconhecem o Programa)	7	3,0
Acesso a esclarecimentos de dúvidas técnicas		
Sim	104	44,6
Não	119	51,1
Não soube responder	3	1,3
NA	7	3,0
Adequação do tempo de resposta*		
Adequado	149	88,7
Inadequado	17	10,1
Não sabe responder	2	1,2
Esclarecimento da solicitação*		
Esclarece a dúvida	153	91,1

Não esclarece a dúvida	9	5,4
Não sabe responder	6	3,5
Tempo gasto no preparo da solicitação*		
Limita o uso	54	32,2
Não limita o uso	79	47,0
Não sabe responder	35	20,8
Discussão fora do Telessaúde		
Sim	177	76,0
Não	46	19,7
Não sabe responder	10	4,3
Uso pessoal de computador/internet		
Sim	177	76,0
Não	56	24,0
Qualidade da conexão à internet		
Satisfatória	140	60,1
Insatisfatória	75	32,2
Não sabe responder	18	7,7
Disponibilidade de computador		
Disponível	135	57,9
Indisponível	89	38,2
Não sabe responder	9	3,9
Local para a utilização do Telessaúde		
Satisfatório	163	69,9
Insatisfatório	44	18,9
Não sabe responder	26	11,2
TOTAL	233	100,0

*dados referentes somente a quem informou o uso do Telessaúde (168).

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Estudos apontam a falta de computadores e conexão com a internet como barreiras estruturais para o uso do Telessaúde (LENNON *et al.*, 2017; DAMASCENO; CALDEIRA, 2018; 2019). Pessoa e outros colaboradores (2016) confirmam que a insuficiên-

cia de equipamentos de informática nas UBS compromete o uso e é uma importante barreira para a consolidação do Telessaúde no Brasil (DAMASCENO; CALDEIRA, 2019; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

No município em estudo, apesar da estrutura física e tecnológica possuir limitações, os profissionais a consideraram adequada. Considerando que, ainda assim, alguns não utilizaram o serviço, é possível que eles não estivessem totalmente preparados e/ou não conheciam seus potenciais benefícios, e por este motivo, referiram ser adequada.

Sobre os fatores institucionais, 96,6% afirmou ter conhecimento sobre a existência do sistema de Teleconsultorias instalado no município, mas quase metade (43,3%) afirmou que não tem acesso às orientações administrativas para o uso.

No estudo de Damasceno e Caldeiras (2018), identificou-se que a maioria dos gestores desconhecem ou têm dúvida sobre o funcionamento do Telessaúde, embora motivem os profissionais para o uso. Acredita-se que, quanto maior o conhecimento dos gestores sobre o Telessaúde, melhores os argumentos para convencer os profissionais sobre a importância do uso. Pessoa e colaboradores (2016) complementam que a adesão ao uso das teleconsultorias pelos profissionais pode ser influenciada pelo reconhecimento dos gestores sobre os benefícios do Programa.

Considerando que 30,9% indicou que o sistema de Teleconsultorias é complexo, acredita-se que essa dificuldade poderia ter sido sanada se o gestor municipal estivesse atento às dificuldades dos profissionais e ofertando espaços educativos para o aprimoramento do uso, tendo em vista que isso limitou-se aos

treinamentos ofertados pelo NTS-HUUFMA.

Quanto ao reconhecimento dos benefícios do uso do sistema, identificou-se que 95,2% dos profissionais que usam ou já usaram as teleconsultorias conseguiram perceber benefícios para o paciente e 95,8% deles consideraram que essa ferramenta foi útil para a sua prática diária no trabalho (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores institucionais, técnicos e socioeconômicos para o uso das teleconsultorias pelos profissionais de saúde do município de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

FATORES INSTITUCIONAIS, TÉCNICOS E SOCIOECONÔMICOS	n	%
Conhece a existência das teleconsultorias no município		
Conhece	225	96,6
Não conhece	8	3,4
Orientação administrativa para o uso		
Recebeu orientação	132	56,7
Não recebeu orientação	101	43,3
Disponibilidade de tempo para usar na rotina diária		
Tem disponibilidade	177	76,0
Não tem disponibilidade	56	24,0
Grau de complexidade do sistema		
Complexo	72	30,9
Simples	161	69,1
Segurança na confidencialidade das informações		
Confia	179	76,8
Não confia	54	23,2
Benefícios para o paciente*		
Algum benefício	160	95,2
Nenhum benefício	8	4,8
Redução de encaminhamento de pacientes*		

Reduz encaminhamento	84	50,0
Não reduz	84	50,0
Utilidade para a prática diária*		
Útil	161	95,8
Não é útil	7	4,2
Sensação de isolamento		
Sim	102	43,8
Não	131	56,2
Reduz sensação de isolamento**		
Sim	43	58,1
Não	31	41,9
TOTAL	233	100,0

*dados referentes somente a quem informou o uso do Telessaúde (168).

**dados referentes aos profissionais que usaram o serviço e possuem a sensação de isolamento (74).

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Estudos demonstram que a adesão ao uso das teleconsultorias é influenciada pelo reconhecimento de que essa ferramenta pode oferecer benefícios para a prática profissional e para o sistema local de saúde (ALKMIM *et al.*, 2015; DAMASCENO; CALDEIRAS, 2018). Portanto, é primordial que, desde a implantação, os profissionais sejam orientados não apenas sobre o uso, mas também sobre os benefícios potenciais do serviço (ALKMIM *et al.*, 2015).

Apesar de ter dado indícios de benefícios para a atenção ofertada aos usuários, 50% dos profissionais afirmaram que essa ferramenta não foi capaz de reduzir o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção.

A redução de encaminhamentos desnecessários já foi des-

crita em diversos estudos como benefícios do uso do Telessaúde (MAEYAMA; CALVO, 2018; MARCOLINO *et al.*, 2017; GAVA *et al.*, 2017). Por outro lado, estudos demonstram que a redução de encaminhamentos é percebida quando essa ferramenta é incorporada à prática diária dos trabalhadores da saúde (MAEYAMA; CALVO, 2018, DAMASCENO; CALDEIRA, 2019; MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; GAVA *et al.*, 2016; MARCOLINO *et al.*, 2014), e, quando a adesão é baixa, esse benefício dificilmente é alcançado (MAEYAMA; CALVO, 2018).

Outro item avaliado foi sobre a sensação de isolamento profissional, que ocorre em alguns municípios de pequeno porte, localizados em áreas rurais e/ou isoladas, com dificuldade de fixação dos profissionais devido à dificuldade de acesso a programas de educação continuada (MARCOLINO *et al.*, 2017).

Apesar do município em estudo não ser uma região isolada, 102 profissionais (43,8%) afirmaram ter a sensação de isolamento e 58,1% afirmaram que o Telessaúde contribuiu para a redução desse problema. Acredita-se que o Telessaúde pode estabelecer uma interlocução entre os profissionais e as equipes dos NTS, aproximando o serviço e a universidade e reduzindo a sensação de isolamento dos profissionais (LUCENA *et al.*, 2016; MARCOLINO *et al.*, 2017).

Sobre os fatores humanos para o uso das teleconsultorias, investigou-se a percepção de interferências negativas na relação com o paciente, com a comunidade e com os colegas de equipe, e a maioria respondeu que não interferiu (89,3%, 94,6% e 94,6%, respectivamente). Sobre os fatores educacionais, questionou-se sobre a teleconsultoria como ferramenta educacional, com 98,8% de

respostas positivas; sobre a efetividade das teleconsultorias como ferramenta para a atualização profissional, com 94% de respostas positivas; e sobre as teleconsultorias terem ajudado na resolução dos problemas do dia a dia do trabalho, com 86,9% de respostas positivas. Para os fatores humanos e educacionais, consideraram-se apenas os profissionais que usaram o serviço (Tabela 4).

Tabela 4 – Fatores humanos e educacionais para o uso das teleconsultorias pelos profissionais de saúde cadastrados e que usaram o serviço no município de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

FATORES HUMANOS E EDUCACIONAIS	n	%
Teleconsultoria interfere negativamente no papel frente ao paciente		
Interfere	18	10,7
Não interfere	150	89,3
Teleconsultoria interfere negativamente no papel frente à comunidade		
Interfere	9	5,4
Não interfere	159	94,6
Teleconsultoria interfere negativamente no papel frente aos colegas		
Interfere	9	5,4
Não interfere	159	94,6
Teleconsultoria como ferramenta educacional		
Sim	166	98,8
Não	2	1,2
Teleconsultoria como ferramenta para a atualização profissional		
Efetiva	158	94,0

Não é efetiva	10	6,0
Teleconsultoria ajuda a resolver problemas do trabalho		
Sim	146	86,9
Não	22	13,1
TOTAL	168	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Da mesma forma, na investigação de Celes e outros colaboradores (2018) sobre o Telessaúde como parte de políticas públicas nacionais, identificou-se que, no Brasil, a tecnologia tem possibilitado a construção de espaços educacionais por meio da discussão sobre os problemas identificados no processo de trabalho em saúde, ampliando o acesso à EPS. A valorização do potencial dos espaços do trabalho como fonte de discussão e construção de conhecimentos úteis ao trabalho é um eixo estruturante da EPS, que possibilita uma aprendizagem significativa a partir das demandas do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007b).

Quanto à satisfação com o serviço de Telessaúde, 63,1% dos profissionais declararam-se satisfeitos, 95,8% deles consideraram que os teleconsultores possuem muito conhecimento para atender às solicitações, 82,7% afirmaram que recomendariam o serviço a colegas e 86,9% voltariam a usá-lo em caso de necessidade. Consideraram-se apenas os profissionais que usam ou já usaram o serviço, totalizando 168 profissionais (Tabela 5).

Tabela 5 – Satisfação dos profissionais cadastrados e que utilizaram o Telessaúde no município de Caxias, Maranhão. São Luís, 2019.

USO DE TELECONSULTORIA	n	%
Satisfação com o serviço		
Satisfeito	106	63,1
Indiferente	22	13,1
Insatisfeito	39	23,2
Não sabe responder	1	0,6
Conhecimento dos teleconsultores		
Muito conhecimento	161	95,8
Pouco conhecimento	6	3,6
Não sabe responder	1	0,6
Recomendação a amigo(a) ou colega		
Recomendaria	139	82,7
Não recomendaria	29	17,3
Voltaria a utilizar		
Sim	146	86,9
Não	22	13,1
TOTAL	168	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou características importantes em relação ao uso das teleconsultorias no município em estudo. Constatou-se que a estrutura tecnológica não foi apontada como um fator que limitou o uso e que os profissionais possuem um entendimento em relação aos benefícios do serviço. Demonstrou-se que eles compreendem não apenas os benefícios para os pacientes, mas também para o trabalho na APS e como ferramenta para melhorar a prática no trabalho, sinalizando um reconhecimento

das teleconsultorias como ferramenta estratégica para a Educação Permanente em Saúde.

Identificou-se que o uso do Telessaúde ainda está restrito às UBS e, com a ampliação do acesso aos aparelhos celulares, é possível que este seja um importante meio para melhorar o uso do Programa. O NTS-HUUFMA já disponibiliza um aplicativo gratuito para a realização do acesso ao Telessaúde e isso precisa ser reforçado junto aos profissionais.

Encontrou-se fragilidade em relação ao apoio da gestão municipal e do NTS-HUUFMA aos profissionais para o uso. Recomenda-se maior organização para o apoio e incentivo permanente aos profissionais para o uso das teleconsultorias, com oferta de momentos educativos permanentes para a discussão tanto da parte técnica quanto para a sensibilização e motivação dos profissionais para o uso do Telessaúde, explicitando riscos, benefícios, aspectos éticos e legais e a necessidade de reorganização do processo de trabalho para a incorporação dessa tecnologia.

REFERÊNCIAS

- ALKMIM, M. B. M. **Fatores Associados à utilização de sistema de Teleconsultorias na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- ALKMIM, M. B. *et al.* Factors associated with the use of a teleconsultation system in Brazilian primary care. **Telemed. J. E. Health**, v. 21, n. 6, p. 473-483, 2015.
- BERNARDES, A. C. F.; COIMBRA, L. C.; SERRA, H. O. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 42, p. 134, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Programa Nacional de Telessaúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 50/2015 DEGES/SGTES/MS**. Diretrizes para a oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde da Família. 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 28 maio 2020.

CELES, R. S. *et al.* telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 42, p. 84, 2018.

DAMASCENO, F. R.; CALDEIRA A. P. Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à sua não utilização por médicos. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, v. 12, n. 4, 2018.

DAMASCENO, F. R.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à não utilização da Teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 8, p. 3089-3098, 2019.

GAVA, M.; FERREIRA, L. S.; PALHARES, D.; MOTA, E. L. A. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 3, p. 891-902, 2016.

GRUPPELLI, J. L. **Webconferência como alternativa para redução da distância Transacional na Educação Profissional a distância**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias na Educação) – Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Pelotas, 2017.

HARZHEIM, E. *et al.* Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: Bridging the Gaps. **Telemed. J. E. Health**, v. 22, n. 11, p. 938-944, 2016.

LENNON, M. R. *et al.* Readiness for delivering digital health at scale: lessons from a longitudinal qualitative evaluation of a national digital health innovation program in the United Kingdom. **J. Med. Internet. Res.**, v. 19, n. 2, p. e43, 2017.

LOPES, J. E.; HEIMANN, C. Uso das tecnologias da informação

e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 26-30, 2016.

LUCENA, A. M. *et al.* Teleconsultorias de fonoaudiologia em um serviço público de telessaúde de larga escala. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 6, p. 1395-1403, 2016.

MAEYAMA, M.; CALVO, M. C. M. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. **Rev. Bras. Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 62-72, 2018.

MALDONADO, J. M. S.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016.

MARCOLINO, M. S. *et al.* Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 35, n. 5/6, p. 345-352, 2014.

MARCOLINO, M. S. *et al.* The telehealth as a support tool for primary health care: the experience of Telehealth Network of Minas Gerais. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 27, p. e1855, 2017.

MONTEIRO, F. M. A.; FONTOURA, H. A. **Pesquisa, formação e docência**: processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional docente em diálogo. Cuiabá: Editora Sustentável, 2017.

NILSON, L. G. *et al.* Estudo comparativo da oferta de teleconsultorias por teleconsultores de diferentes níveis de atenção à saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 3, p. 360-372, 2017.

PESSOA, C. *et al.* Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. **JISfTeH**, v. 4, p. 1-9, 2016.

SCHMITZ, C. A. A.; HARZHEIM, E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017.

SILVEIRA, A. **Utilização das teleconsultorias realizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde do município de Gramado/RS via projeto TelessaúdeRS-UFRGS**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009**. Geneva: OMS, 2010.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Telemedicine**. 2016. Disponível em: <http://www.wma.net/es/20activities/40healthsystems/40telemedicine/index.html>. Acesso em: 28 maio 2020.

REVISÃO DE LITERATURA

CONHECENDO PARA CUIDAR INTEGRALMENTE: DIAGNÓSTICO DA ATENÇÃO DIRIGIDA AO ADOLESCENTE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Mirlla Karoline Costa Silva

João Bosco Filho

José Adailton da Silva

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos

Karla Patrícia Cardoso Amorim

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida marcada por características socioculturais, sendo historicamente construída e experienciada de forma distinta na dependência da idade, gênero, etnia, condição social e valores predominantes no meio cultural, a partir da interação biopsicológica, cronológica e social dos indivíduos. Inscreve-se na segunda década de vida e se caracteriza pelas mudanças próprias da puberdade, pelo exercício da autonomia e estabelecimento de uma identidade pessoal e também social (SILVA; ENGSTROM, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, a adolescência é o período compreendido entre os 10 e 19 anos. A Lei n.º 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, a caracteriza como uma fase entre os 12 e 18 anos de idade. No último censo, mais de 34 milhões eram adolescentes, considerando a faixa etária de 10 a 19 anos, o que representava 18,9% da população brasileira (IBGE, 2010).

Considerada como uma fase na qual se observam comportamentos que são críticos, é comum observarmos que o indivíduo experimenta maior vulnerabilidade, o que pode comprometer sua saúde e, por vezes, até mesmo a sua vida.

No Brasil atual, os adolescentes têm revelado a fragilidade das instituições e das políticas públicas direcionadas à melhoria da sua saúde e bem-estar. O fato de o foco do sistema de assistência à saúde para esse segmento populacional ainda se encontrar fora das prioridades das gestões, em termos de implementação de políticas de saúde, é uma situação preocupante, pois pode se configurar como mais um elemento frágil na rede de suporte às demandas do adolescente (PENSO, 2013). Por isso, as ações intersetoriais e interdisciplinares devem ser priorizadas, envolvendo várias políticas públicas, ministérios, secretarias de estado e municípios (PENSO, 2013; AMORIM, 2014; VAN DE MORTEL, 2016). Outrossim, a agenda da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda está muito voltada para temas como prevenção de gravidez, uso de drogas ou imunização, que, por vezes, geram estigmas sociais que mais afastam do que aproximam os adolescentes dos serviços de saúde.

Essa complexidade de fatos exige um sistema de saúde preparado para reconhecer as demandas dessa população e intervir efetivamente. Primariamente, é basilar que os adolescentes tenham acesso garantido aos serviços de saúde. Tal acesso deve ser estudado, permanentemente, para viabilizar o reconhecimento das desigualdades e das barreiras da organização e a identificação de grupos prioritários para atenção à saúde (MARTINS *et al.*, 2019).

É comum adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos não procurarem a unidade de saúde e subestimarem seus comportamentos de risco à saúde (MACHADO *et al.*, 2018). Cabe, então, aos serviços de saúde, em especial à APS, envolverem e estimularem os adolescentes nessa direção, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia responsável. O apoio integral do serviço de saúde é fundamental, tanto aos adolescentes como aos seus pais, esclarecendo a respeito das transições saudáveis de desenvolvimento (BERRA, 2014; HARRIZ *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, é imprescindível a existência de equipes qualificadas na rede de serviços de saúde para o atendimento a esse público (WILLIAMS *et al.*, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2007), reafirma a necessidade de garantir uma atenção integral ao adolescente. Atenção esta que deve primar pela garantia dos direitos, estímulo a uma formação cidadã, de forma a contribuir para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade a que esse público está exposto.

O fato é que a garantia de uma atenção integral ao adolescente ainda constitui um desafio. Isso se deve à complexa apreensão e resposta ao conjunto de suas necessidades de saúde, decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, próprio da fase, mas, sobretudo, dos aspectos socioculturais relacionados (AYRES *et al.*, 2012). Essa concepção de atenção integral implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais, pois o processo saúde-adoecimento é decorrência de múltiplos aspectos, sendo

pertinente a todos os setores da sociedade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Diante dessa realidade complexa, é imperativo, então, conhecer bem a realidade, o que vem sendo efetivamente realizado em cada contexto, para melhor agir. Assim, objetiva-se traçar um diagnóstico das ações de saúde ao adolescente, a partir do registro sistemático destas nos sistemas de informação e nos instrumentos de acompanhamento da política de atenção básica, em um município do Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, de cunho exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa. A análise documental foi empregada no estudo como um procedimento que engloba identificação, verificação e apreciação de documentos que mantêm relação com o objeto investigado. Tal análise propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender fenômenos, interpretar fatos, sintetizar informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer inferências (MOREIRA, 2009). Os registros de informações são uma importante ferramenta de gestão.

O estudo foi realizado em Serra da Raiz, um município de pequeno porte localizado no interior do estado da Paraíba. A população estimada desse município é de 3.148 habitantes, sendo aproximadamente 20,1% desse total correspondente à faixa etária entre 10 e 19 anos (IBGE, 2019).

O cenário do estudo foram as duas áreas de cobertura das duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo uma na zona urbana e outra na zona rural.

O estudo teve como referencial teórico-metodológico de análise o modelo sistêmico de Donabedian (1980), o qual inclui a tríade: Estrutura-Processo-Resultado. O presente estudo pauta-se na categoria analítica – Processo. Nesse modelo metodológico, o autor concebe que os processos se referem ao conjunto de procedimentos a serem adotados para se atingir os objetivos programados, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. Buscou-se identificar as ações, serviços e os procedimentos oferecidos pelos profissionais de saúde aos usuários, realizados no período compreendido entre os meses de maio de 2018 a maio de 2019.

Como fonte de coleta de dados, utilizaram-se documentos físicos e eletrônicos, provenientes da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Para essa etapa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados contendo as variáveis a respeito da categoria Processo a serem coletadas e suas fontes (Quadro 1), elaborado com base no que é discutido na literatura científica e em documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Variáveis e fontes documentais utilizadas para coletar os dados, com base na categoria temática – Processos, relativos à atenção à saúde aos usuários da faixa etária 10 a 19 anos no município Serra da Raiz-PB.

VARIÁVEL SUBCATEGORIA	DESCRIÇÃO	FONTE*
Registro atualizado dos adolescentes da área	Quantidade de usuários de 10 a 19 anos cadastrados pelas equipes de ESF	E-SUS/SISAB
Atividades Coletivas voltadas aos adolescentes	Existência de atividades coletivas (grupos, procedimentos coletivos, exposição dialogada, sala de espera, dentre outros) realizadas pelas equipes ESF, NASF e Academia da Saúde	E-SUS/SISAB
Programas específicos para adolescentes	Existência de programas específicos nas unidades de saúde	SMS**
Procedimento de referência e contrarreferência	Como as equipes realizam procedimentos de referência e contrarreferência desses usuários?	Fichas de encaminhamentos/Livro de registro
Encaminhamento para especialidades	Principais especialidades para as quais os usuários adolescentes foram encaminhados	SMS**
Planejamento de ações em saúde para adolescentes	Existência de planejamento de ações, realizadas entre as equipes de saúde, voltadas aos adolescentes	Livro de Registro E-SUS/SISAB
Articulação inter-setorial	Existência de articulação entre os setores da saúde, educação e assistência social, para tratar de assuntos relacionados à faixa etária adolescente	Livro de Registro E-SUS/SISAB

Atendimento médico	Número de atendimentos realizados por médico	E-SUS/SISAB
Atendimento odontológico	Número de atendimentos realizados por dentista	E-SUS/SISAB
Atendimentos em consulta de enfermagem	Número de atendimentos na faixa etária de 10 a 19 anos realizados pela enfermeira	E-SUS/SISAB
Adolescentes realizando pré-natal	Quantidade de usuárias adolescentes	SIS PRENATAL Livro de Registro

*Os dados consultados se referem ao período de maio de 2018 a maio de 2019.

**Dados disponibilizados para a consulta na Secretaria Municipal de Saúde de Serra da Raiz, por meio de documentos (livros, planilhas, entre outros) e sistema de informação próprio.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Não foi necessária a submissão da pesquisa à análise do sistema CEP/CONEP, por se tratar de um estudo que se enquadra no parágrafo único do artigo 1º da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer a população adscrita ao serviço de saúde, considerando o cadastramento individual das famílias, possibilita às equipes de saúde planejar ações direcionadas a essa população, constituir vínculos entre profissionais e usuários e acompanhar o seu processo de vida. Por isso, é importante que os usuários identifiquem a fonte de atenção como principal referência aos cuidados à saúde, buscando estabelecer uma relação entre estes e um profissional ou a equipe, independentemente da presença de um problema de saúde (HENDERSON *et al.*, 2020).

O número de adolescentes, de 10 a 19 anos, cadastrados na área pesquisada é de 636 adolescentes, o que corresponde a 20,3% da população do município. Destes, 536 (84,3%) residem na zona urbana e 100 (15,7%) na zona rural. O conhecimento sobre o número de adolescentes adscritos no território possibilita a busca ativa e acompanhamento deles (SILVA; ENGSTROM, 2020).

No período entre maio de 2018 a maio de 2019, foi realizado um total de 14.675 (p) atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem na APS do município, sendo 1.525 (n) atendimentos para adolescentes (10,39%).

Em relação ao atendimento para a faixa etária supramencionada, identificou-se que 48,3% dos atendimentos são médicos (n=736); 31,5% são de ordem odontológica (n=480); e 20,2% de enfermagem (n=309).

Do total de atendimentos aos adolescentes nas Unidades de Saúde, 68,1% (n=1040) são do sexo feminino, enquanto 31,9% (n=485) correspondem a usuários do sexo masculino.

Assim como na realidade observada, estudos apontam um maior número de adolescentes do sexo feminino na procura por serviços de saúde. Em Camaçari-BA, 67,4% dos adolescentes que procuraram o serviço de APS eram do sexo feminino, visto que, com a chegada da puberdade e início da atividade sexual, procuram com mais frequência os serviços de saúde. Achados parecidos também foram identificados em estudo realizado município de Pelotas-RS, no qual adolescentes do sexo feminino utilizavam mais os serviços de saúde do que adolescentes do sexo masculino (NUNES *et al.*, 2015; MARTINS *et al.*, 2019).

Um dos fatores que pode estar relacionado à maior procura do serviço por adolescentes do sexo feminino são as demandas específicas da saúde sexual e reprodutiva, que, em nossa sociedade, ainda está fortemente arraigada na responsabilidade da mulher. Assim, são elas que se fazem presentes para buscar informações e métodos contraceptivos, realizar planejamento familiar, bem como o acompanhamento do pré-natal. Com isso, reforça-se o foco desses programas para o público feminino, ao mesmo tempo em que criam-se barreiras para adolescentes do sexo masculino.

Barros *et al.* (2021) identificaram em seu estudo que os adolescentes procuravam o serviço de saúde para alguma queixa específica, questões relacionadas ao início da atividade sexual e, por vezes, desconheciam as doenças, indicando a carência de informação. Também foi percebido o interesse dos adolescentes em participar de atividades ofertadas pela equipe de saúde quando se tem o apoio da família.

Diante disso, é de extrema importância o desenvolvimento de atividades, num programa para adolescentes, que permitam um olhar mais amplo sobre as necessidades de saúde, não apenas restringindo-se a temas ligados ao controle da sexualidade (prevenção de gravidez na adolescência e distribuição de contraceptivos), mas que reflitam sobre os aspectos psicossociais, históricos, sociais, culturais e políticos, dispondo de estratégias que viabilizem também a inclusão de adolescentes do sexo masculino nos serviços de saúde.

No que se refere à procura do serviço, verificou-se que há uma maior demanda por atendimentos médicos – 48,3% da população pesquisada.

Dentre os serviços de adolescentes identificados num estudo realizado em Fortaleza-CE, em sua grande maioria foi para a consulta médica, vacinação, dentista e consulta de enfermagem. A busca por medicamentos também foi citada por adolescentes pesquisados quando se referiu ao cuidado prestado na atenção básica (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Apesar da ênfase nas consultas de enfermagem quanto às práticas de atenção aos adolescentes indicar um maior número de ações programáticas, preventivas e de intervenção, vale salientar que, tanto os enfermeiros quanto os médicos têm competência e habilidade para desenvolver ações programáticas, como planejamento familiar, pré-natal, prevenção ao câncer ginecológico e as medidas preventivas frente às IST/HIV/Aids, gravidez, dentre outros. Tais ações podem ser realizadas durante as consultas, em atividades grupais e em visitas domiciliares. A abordagem da prevenção primária durante as consultas é uma grande oportunidade para orientar os adolescentes sobre o uso do preservativo para evitar a gestação e infecções sexualmente transmissíveis, por exemplo (HENDERSON *et al.*, 2020).

Além dos atendimentos individuais descritos até aqui, foram analisados os atendimentos grupais e demais atividades coletivas realizadas com adolescentes durante um período de 12 meses.

Constatou-se a realização de 63 atividades coletivas, específicas para o público-alvo de adolescentes (Tabela 2), durante o período de maio de 2018 a maio de 2019. Das 63 atividades coletivas executadas, 21 foram atividades em grupos realizadas pela equipe da academia da saúde (33,3%), 27 atividades foram realiza-

das pela equipe NASF (42,9%), sendo 11 em grupo e 16 distribuídas em atividade de educação em saúde, de caráter não contínuo e avaliação/procedimento coletivo. A ESF I realizou 11 atividades coletivas (17,4%) e a ESF II desempenhou quatro (6,4%), ambas se constituíram em atividades de educação em saúde e avaliação/procedimento coletivo.

Tabela 1 – Quantidade de atividades coletivas, por equipe de saúde.

Equipe	n	%
NASF	27	42,9%
ACADEMIA DE SAÚDE	21	33,3%
ESF I	11	17,4%
ESF II	04	6,4%
Total	63	100,0%

Fonte: E-SUS – Serra da Raiz (2019).

Em relação aos temas e práticas em saúde, observamos que a equipe da academia da saúde realizou 21 atendimentos em grupo, tendo os adolescentes como público específico, realizando atividade física e práticas corporais, sendo que em duas dessas atividades também realizou educação em saúde com o tema da saúde mental e alimentação saudável.

A equipe NASF realizou sete atividades em grupo, não especificando o tema para a saúde, o que foi registrado como “outros”. A equipe realizou ainda dez atividades de educação em saúde, com os seguintes temas: uma atividade de saúde mental, uma de prevenção à violência e promoção da cultura da paz, três atividades dentro da temática de saúde sexual e reprodutiva e cinco atividades referentes à alimentação saudável; além disso, executou dez práticas em saúde: verificação vacinal e antropometria.

As equipes ESF I e II realizaram quatro atividades de educação em saúde dentro das temáticas: uma de saúde bucal, duas de alimentação saudável e uma sem tema específico, registrada como “outros”; também executaram 11 práticas de saúde: verificação vacinal e antropometria.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) ressalta a importância das ações de educação em saúde por meio de atividades grupais, por se tratar de uma estratégia eficaz para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes. Tais necessidades foram citadas em uma pesquisa realizada por Barros *et al.* (2021), na qual profissionais atribuem a inexistência de grupos específicos para os adolescentes e de um cronograma de atendimento à falta de engajamento por parte das equipes para satisfazer às necessidades em saúde desse público.

Na publicação que orienta a organização dos serviços de saúde integral para adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde destaca a existência de diferentes tipos de grupos, os quais exigem distintas habilidades dos profissionais de saúde, porém, de forma geral, recomenda a realização de grupos educativos. De acordo com o documento, as ações educativas devem ser organizadas a partir das necessidades identificadas pelo próprio grupo e dos indicadores epidemiológicos de cada área, estando em sintonia com o contexto histórico, político, econômico e sociocultural da região (BRASIL, 2007).

Apesar dessas orientações do documento norteador, na realidade analisada não foram encontrados registros de atividades de planejamento das ações grupais pactuadas entre profissionais e usuários do grupo, de forma participativa. Sendo assim, profissio-

nais e equipes definem as ações que serão ofertadas aos usuários. Avalia-se que essa maneira não é a forma mais efetiva, pois carece do envolvimento dos usuários em um processo permanente de exercício da autonomia e corresponsabilidade.

Foi observado ainda que há pouca articulação entre as equipes no que se refere ao desenvolvimento das atividades, isso pôde ser percebido nos relatórios de fichas coletivas, em que constavam diferentes práticas e temáticas de saúde abordadas de forma individual entre as equipes, o que contribui para a fragmentação na realização das atividades educativas.

Um estudo realizado por Mota (2016), em Caucaia-CE, também identificou que a equipe ESF não possuía uma agenda comum compartilhada com os profissionais do NASF de forma que integrassem ações conjuntas que promovessem a saúde dos adolescentes.

Além disso, há por parte dos profissionais um desconhecimento das políticas públicas de saúde para o adolescente e precariedade da rede de serviços para referência. Com a assistência descontinuada, o vínculo é fragilizado. Além disso, não há uma programação específica, mas apenas atendimento da demanda espontânea (BARROS *et al.*, 2021).

Isso posto, aponta-se aqui a necessidade da integralidade das ações e serviços, o que tem sido um grande desafio, uma vez que as interações entre os profissionais da ESF e NASF estão pautadas na lógica de encaminhamentos internos, como aqueles realizados para os serviços especializados. Esse tipo de sistema de referência e contrarreferência, por meio de fichas, contribui para a fragmentação da atenção, o que poderia ser substituído por ins-

trumentos de matriciamento, a exemplo da construção de Projetos Terapêuticos Singulares e ferramentas da prática interprofissional, como interconsulta, atendimento domiciliar conjunto, entre outras estratégias que deveriam dar espaço ao diálogo e contar com a participação do adolescente no seu planejamento e abordar a integralidade dos sujeitos por meio da promoção de saúde (BRASIL, 2014; SILVA; ENGSTROM, 2020).

Outro indicador que merece atenção se refere aos casos de gravidez na adolescência, visto que uma das principais causas de internação por morbidade hospitalar nessa faixa etária é devido às complicações durante o período gestacional. Em virtude de a gravidez na adolescência implicar em fatores de risco à saúde da mãe e do recém-nascido, a equipe da ESF tem um papel importante na captação precoce dessas gestantes.

Verificou-se que das 38 gestantes acompanhadas no município, sete (18,5%) eram usuárias adolescentes e estavam realizando o pré-natal. Destas, quatro eram da zona urbana e três da zona rural, e as idades variaram de 12 a 16 anos.

As políticas governamentais têm dado ênfase às estratégias de prevenção da gravidez na adolescência por meio de ações específicas de educação em saúde e garantia do acesso a métodos contraceptivos. No entanto, percebe-se que tais ações, por si sós, são insuficientes para uma atenção integral visando à promoção da saúde do adolescente, haja vista não considerar a singularidade e o protagonismo desse público.

Ainda no que se refere às ações específicas vinculadas ao PSE, identificou-se no estudo que a gestão municipal pactuou 12 ações na última adesão ao Programa Saúde na Escola, no ano de 2017, com vigência de 24 meses. As ações pactuadas foram: 1- ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; 2- promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; 3- prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; 4- promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; 5- prevenção das violências e dos acidentes; 6- identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; 7- promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; 8- promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; 9- promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; 10- direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/HIV/Aids; 11- promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; 12- verificação da situação vacinal (SERRA DA RAIZ, 2017).

Identificou-se, por meio de consulta juntamente à Secretaria Municipal de Saúde, que, até maio de 2019, somente haviam sido desenvolvidas atividades referentes aos seguintes eixos: ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; verificação da situação vacinal; promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil. Tais atividades foram realizadas em duas escolas públicas que possuem o maior número de escolares adolescentes.

As ações do PSE, se forem bem articuladas, podem fortalecer o protagonismo dos adolescentes, possibilitando o acesso

ao público adolescente pela APS e uma oportunidade de ajudar o adolescente a concretizar atividades na escola e trabalhar temas que são pertinentes nesse ciclo de vida, desde que haja condições estruturais, organização entre os setores e espaços envolvidos, das equipes e dos profissionais (BRASIL *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2021).

No tocante à articulação da rede intersetorial, apesar do setor saúde realizar ações de educação em saúde nos espaços escolares, não foram encontrados registros de atividades de articulação e planejamento entre as equipes referentes à atenção e cuidado aos adolescentes. Mesmo os serviços de assistência social desenvolvendo diversas ações em sua agenda voltadas a esse público, pouco são compartilhadas com a rede de saúde, o que não foi constatado com outros grupos, a exemplo de idosos e gestantes, em que há agenda conjunta entre saúde e assistência social.

Muitas vezes, os profissionais desconhecem a rede e seu modo de funcionamento e, por isso, não conseguem dialogar e compartilhar cuidados com essa rede intersetorial, o que gera sentimentos de desamparo e impotência (SILVA; ENGSTROM, 2020).

Em síntese, pode-se dizer que o estudo aponta a necessidade de o município refletir sobre os processos no atendimento ao adolescente de forma que ofereça ações mais qualificadas e resolutivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico traçado a partir dos dados registrados em sistemas de informação e em documentos técnicos na SMS do

município de Serra Raiz nos apresenta um cenário de maior prevalência de atendimentos voltados às adolescentes do sexo feminino. São importantes os números de ações coletivas realizadas juntos aos adolescentes, porém a participação deles é incipiente, ou seja, não há protagonismo diante da decisão por quais temas e em que condições trabalham os temas selecionados para essas ações.

Apesar dos avanços a partir da instituição da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, é necessário evoluir numa perspectiva de agenda integrada à APS que supere a ideia fragmentada de consultas ou de grupos educativos com temas ainda restritos aos riscos que envolvem os adolescentes – como a gravidez na adolescência e uso de drogas – para garantir uma promoção da saúde que valorize o protagonismo e a autonomia dos sujeitos na produção do cuidado em saúde.

Por outro lado, este estudo demonstra também a prevalência de gravidez na adolescência, em especial entre as adolescentes com idades de 12 a 16 anos, revelando a importância de conversar, junto ao adolescente, sobre temas não apenas relacionados ao controle de natalidade, uso de métodos contraceptivos, mas também relativos a projetos de vida, expectativas para o futuro, significados da maternidade e paternidade na adolescência, entre outros.

Avançar nessa perspectiva pressupõe também destacar a necessidade de maior articulação entre a Rede de Atenção à Saúde e entre os diversos serviços de apoio, atenção e promoção à saúde dos adolescentes, numa perspectiva interprofissional e intersetorial.

Neste estudo, foi perceptível a importância do NASF e do PSE enquanto estratégias que podem fortalecer as ações voltadas para a promoção de saúde do adolescente, que, no entanto, ainda necessita ampliar a perspectiva de integralidade do cuidado e singularidade dos sujeitos, superando a fragmentação do cuidado, que limita o acesso, um atributo essencial da APS.

Avançar na análise e avaliação das políticas de atenção à saúde do adolescente e o cuidado a esse público-alvo, na Atenção Primária à Saúde, pressupõe também observar *in loco* como essas ações acontecem no trabalho vivo em saúde. Portanto, uma das limitações deste trabalho está diretamente relacionada à ausência de participação de adolescentes e profissionais no apontamento de outras dificuldades que podem ocorrer no serviço, no sentido da garantia da atenção integral à saúde do adolescente.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, D. U. *et al.* Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 254-226, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 16, n. 40, p. 67-82, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 jan. 2019.
- BARROS, R. P. *et al.* Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 425-434, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000200425&lng=en&nrm=iso. Aces-

so em: 16 maio 2021.

BERRA, S. *et al.* Experiências com a atenção primária associadas à saúde, características sociodemográficas e uso de serviços em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2607-2618, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens**: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde. Módulo básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família - volume 1**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, E. G. M. *et al.* Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03276, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2021.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. *In*: DONABEDIAN, A. **Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 77-125.

HARRIZ, S. K. *et al.* Research on clinical preventive services for adolescents and young adults: where are we and where do we need to go? **J. Adolesc. Health**, v. 60, p. 249-260, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549464/>. Acesso em: 22 fev. 2019.

HENDERSON, J. T. *et al.* Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**, v. 324, n. 7, p. 682-699, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=publicacoes>. Acesso em: 22 fev. 2019.

MACHADO, F. C. A.; SOUZA, G. C. A.; NORO, L. R. A. Indicators for teenager's oral health's surveillance. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 187-202, 2018.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012.

MARTINS, M. M. F. *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e00044718, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-

d=S0102311X2019000105007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 abr. 2021.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. *In*: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 269-79.

MOTA, J. S. **Saúde e Escola: A Construção de um Projeto de Intervenção**. 2016. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

NUNES, B. P. *et al.* Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 411-420, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

PENSO, M. A. *et al.* A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

SERRA DA RAIZ. **Documento Técnico: Pactuação das Ações do Programa Saúde na Escola**. Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, F. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface** (Botucatu), v. 24, supl. 1, e190548, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000200300&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2021.

VAN DE MORTEL, T. F. General practitioners as educators in adolescent health: a training evaluation. **BMC Family Prac.**, v. 17, n. 32, 2016. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0432-0>. Acesso em: 28 nov. 2019.

WILLIANS, W. T.; POBLETE, A. F.; BALDRICH, A. F. Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de Atención Primaria en una comuna de Santiago. **Rev. Med. Chile**, v. 140, n. 9, p. 1145-53, 2012. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900007. Acesso em: 12 fev. 2019.

EFEITOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E SAÚDE DA FAMÍLIA NOS INDICADORES DE SAÚDE E VIOLÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS

*Helena Paula Guerra dos Santos
Sabrina de Souza Gurgel Florencio
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer*

INTRODUÇÃO

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) são políticas públicas que integram as redes de proteção social, os quais emergiram pontualmente, em meados dos anos 90, em alguns países da América Latina, a exemplo do Brasil (FISZBEIN; SCHADY, 2009). Desde então, tem havido um rápido espalhamento de tais políticas pelo mundo, com destaque para os países em desenvolvimento, mas também acompanhados por países desenvolvidos. O que se busca com esses programas são o alívio imediato da pobreza, o rompimento do seu ciclo intergeracional e a disponibilidade de ações e programas complementares, que qualifiquem a oferta de serviços e apoiem o desenvolvimento das famílias (XIMENES; AGATTE, 2011).

O Programa Bolsa Família (PBF) é o PTRC brasileiro que se destaca como um dos mais antigos e de maior cobertura na América Latina, focalizado em famílias vivendo em situação de pobreza e de extrema pobreza. O Programa objetiva garantir às famílias beneficiadas o incentivo ao acesso a direitos sociais básicos nos campos da assistência social, educação e saúde, por meio do cumprimento de uma série de condicionalidades nessas áreas,

com o intuito de melhorar a qualidade de vida e contribuir para a inclusão social delas (PASE; MELO, 2017; BRASIL, 2019a).

Ximenes e Agatte (2011) destacam que o adequado acompanhamento dessas condicionalidades possibilita a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interferem no acesso aos serviços básicos, aos quais as famílias têm direito. Na área da educação, cobra-se matrícula e frequência escolar para crianças e adolescentes. Na área da saúde, exige-se a vacinação dos menores de sete anos, aferição de peso e estatura para acompanhar desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e nutrizes, tanto no aspecto clínico do pré-natal e puericultura como na prevenção, com a participação em palestras que promovam o aleitamento materno e alimentação saudável. Finalmente, na área da assistência social, crianças e adolescentes com até 17 anos, em risco ou retiradas do trabalho infantil, devem participar dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, além da frequência mínima escolar (BRASIL, 2019b).

Contudo, o adequado acompanhamento das condicionalidades de saúde é controverso e pouco investigado. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), estabelece que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2019a). Temos estudos apontando o despreparo dos profissionais atuantes na ESF, com declarações inclusive de que não entendem ser de sua responsabilidade ações de saúde específicas e prioritárias para o grupo (BARBOSA; DIÓGENES; MONTÁLVERNE, 2014; PETROLA *et al.*, 2016).

O sucesso e o espalhamento atual das PTRC pelo mundo devem-se, parcialmente, às evidências sólidas de impactos positivos na acumulação de capital humano, provenientes de estudos de alguns acadêmicos e instituições internacionais que, de início, apontaram para a boa focalização dos Programas, eficiência na melhora do capital humano, potencial de redução de desigualdade e baixo custo. Embora tenha surgido, concomitantemente, a preocupação com a avaliação e mensuração dos resultados de tais políticas, que até então não se verificava na maior parte dos países latino-americanos (NAZARENO; VASCONCELOS, 2015).

Magro e Reis (2011), França (2015) e Silva (2015) afirmam que os impactos reais do Programa são indiscutíveis, no sentido de que representam para muitas famílias uma elevação no nível de renda, ou acesso à única garantia de renda. Mas salientam que o nível de distribuição de renda é insatisfatório, algo compensatório, que não permite superar a condição de pobreza, apenas a ameniza. Zimmermann e Frota (2010) concordam e acrescentam que não há uma rede de proteção social consolidada no Brasil, mas que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome e na diminuição dos níveis de pobreza.

O PBF tem o potencial de influenciar, em consequência do benefício financeiro e das condicionalidades impostas, vários aspectos que interferem nos determinantes e indicadores de saúde dos seus beneficiários; entre eles, destacam-se relatos positivos quanto à mortalidade infantil (BASTOS *et al.*, 2017; SILVA; PAES, 2018) e a segurança alimentar (LIGNANI *et al.*, 2010; MARTINS; MONTEIRO, 2016).

Vários estudos apontam a ESF como modelo que melhor possibilitaria a concretização dos direitos sociais à saúde (MENDES, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MARTINS *et al.*, 2017). Ou seja, propaga-se que boas performances associadas à ESF e ao PBF possam repercutir significativamente em melhores condições de vida e saúde para seus beneficiários.

Com o intuito de investigar para detalhar impactos que possam derivar da atuação das equipes da ESF no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, e repercutir na saúde dos seus beneficiários, realizou-se uma revisão integrativa e crítica da literatura, norteadas pela pergunta: Quais são os impactos do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na saúde dos beneficiários?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa da literatura, o qual possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese de estudos já publicados em relação ao tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Foram consultadas as bases de dados Pubmed/Medline e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), entre junho a setembro de 2019. O ponto de partida da busca foram as palavras-chave: “bolsa família” e “saúde da família”, acrescidas, numa segunda etapa, das palavras-chave “impacto” e “violência”, em diferentes combinações. Os critérios de inclusão foram: o recorte de tempo envolveu publicações entre 2009-2019; artigos em língua inglesa ou portuguesa; publicações em revistas indexadas com classificação de periódicos Qualis/Capes nível A ou B na área da Saúde Coletiva; e conectados com a temática de

impactos do PBF e ESF com reflexos associados na saúde e violência. Como critério de exclusão foram desconsiderados os artigos de revisão.

Dessa forma, o fluxo para a seleção dos artigos para esta revisão crítica/integrativa ocorreu na seguinte sequência: 1. Busca nas bases de dados Pubmed/Medline e SciELO de artigos com as palavras-chave “bolsa família”, “saúde da família”, “impacto” e “violência”; 2. Restrição dessa busca ao período de 2009 a 2019; 3. Restrição da busca a artigos da língua inglesa ou portuguesa, publicados em revistas indexadas Qualis Capes A ou B, na área da Saúde Coletiva, que não fossem de revisão; 4. Identificação de artigos repetidos nas bases de dados, com posterior remoção das repetições; 5. Criação de uma lista única com os artigos pré-selecionados; 5. Seleção, entre os artigos pré-selecionados, daqueles com relação direta com a temática “Impactos das condicionalidades do Programa Bolsa Família na saúde dos beneficiários acompanhados na Estratégia Saúde da Família e na violência comunitária”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa da busca, realizada a partir do uso das palavras-chave bolsa família e saúde da família, gerou 171 artigos na SciELO e 13 na Pubmed/Medline. Com o acréscimo da palavra “impacto”, encontraram-se 26 artigos na SciELO e 14 na Pubmed/Medline. Quando foram combinadas as quatro palavras, acrescentando “violência” na busca, zero artigos foram encontrados nas duas bases. Ao serem combinadas “violência” e “bolsa família”, foram encontrados mais sete artigos na SciELO e um na Pubmed/Medline. Ao final, foi localizado um total de 232 artigos.

Aplicando-se, nos 232 artigos levantados, a metodologia descrita, restaram 17 artigos selecionados. Foram excluídos, por repetição nas bases, 105 artigos; 99 por desconexão temática; nenhum por estar fora do recorte de tempo; dez por serem de revisão; e, pelo critério língua espanhola, somente um.

A repetição dos achados por categoria de impacto conduziu à organização em quatro categorias principais, que foram os impactos do PBF na mortalidade infantil, na segurança alimentar e nutricional, na violência comunitária e nas doenças negligenciadas.

Cabe ressaltar que existem poucos estudos que relatem a conexão do PBF e da ESF na produção de impactos sinérgicos na sua atuação. Apesar de o acompanhamento da contrapartida da saúde ser de responsabilidade dos profissionais atuantes na ESF (BRASIL, 2019a) e da relevância de se acompanhar os resultados de política tão importante e polêmica, já que muito afeta o senso comum da sociedade, e tanto é utilizada com fins políticos e propagandistas, pouco tem sido investigada com fins de produção de evidência científica.

Em nossa busca, destacam-se as evidências sobre o efeito do PBF na saúde dos seus beneficiários, no que se refere à sua interferência para reduzir a fome e os níveis de pobreza dos seus beneficiários, chegando a ser o principal ou único meio de vida (ZIMMERMANN; FROTA, 2010; MAGRO; REIS, 2011; FRANÇA, 2015; SILVA, 2015; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017). A redução da pobreza afeta diretamente a violência, pois, enquanto o processo de urbanização aumenta as desigualdades sociais e as taxas de homicídio, a matrícula no ensino médio e o valor médio

do PBF tem associação direta com menores taxas de homicídios (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2014). Há estudos robustos (CHIODA; DE MELLO; SOARES, 2016; MACHADO *et al.*, 2018) fortalecendo a relação do PBF atuando na redução da violência comunitária, por meio do aumento da renda e do poder de compra obtidos pelo repasse financeiro direto, reduzindo as desigualdades sociais.

O aumento da renda das famílias beneficiadas pelo PBF é apresentado como explicação possível para a redução da violência pelo PBF (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2014; CHIODA; DE MELLO; SOARES, 2016), pois, quanto maior a segurança econômica de uma família, menor lhe parece o ganho relativo com ações ilegais, que comumente estão vinculadas à violência comunitária. Assim, pesquisadores sugerem que a redução da desigualdade social, em consequência do PTRC, é acompanhada de uma queda nas taxas de crime, reforçando a conexão entre desigualdade social e criminalidade.

É também possível justificar os achados relacionados à diminuição da violência comunitária com as condicionalidades da educação de frequência escolar, que aumentam a escolaridade e retiram os adolescentes das ruas; assim como ao aumento da renda a redução do estresse socioeconômico e familiar, que refletem no menor consumo de álcool e ampliam o acesso aos bens e serviços de consumo (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2014; MACHADO *et al.*, 2018).

Essas explicações da elevação da renda atrelada à redução da violência ganham sentido, pois, conforme estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (SOUZA *et al.*, 2019), um programa relativamente barato, que compromete menos que 0,5% do PIB brasileiro, possui efeitos relevantes sobre a pobreza e a desigualdade, já que o PBF reduz o coeficiente de Gini em 1,0 a 1,5%,

além de ter retirado 3,4 milhões de pessoas da extrema pobreza e 3,2 milhões da pobreza. Para os técnicos do Ipea, a focalização do PBF está excelente, mas acréscimos no valor do benefício são necessários para o avanço da eficácia do Programa.

A mortalidade infantil é um importante indicador, por se relacionar diretamente com o acesso ao cuidado médico e ao desenvolvimento socioeconômico da população (GUANAIS, 2015). São fortes as evidências de impactos do PBF e ESF atuando de maneira associada na redução da mortalidade infantil (GUANAIS, 2015; BASTOS *et al.*, 2017; SILVA; PAES, 2018; SILVA; PAES; SILVA, 2018). Os estudos encontrados demonstraram que o aumento da cobertura do PBF e da ESF, com condicionalidades da saúde direcionadas à promoção do cuidado de crianças e mulheres grávidas, contribuíram sobremaneira com decréscimos nos níveis de mortalidade infantil. Outras variáveis podem se relacionar a essa redução, como a queda da fecundidade e maior cobertura pré-natal (SILVA; PAES; SILVA, 2018), mas fica claro que, para a manutenção dessa redução, fazem-se necessárias intervenções governamentais que minimizem as disparidades de renda experimentadas por grande parte do povo brasileiro, e que os gestores disponibilizem meios para o cumprimento adequado das condicionalidades impostas aos beneficiários do PBF, acompanhadas pela ESF (SILVA; PAES, 2018). Sendo válido salientar que esforços que imprimam maior qualidade nos processos de trabalho da ESF também importarão numa maior redução da mortalidade infantil (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2019).

Ademais, altas coberturas da ESF e do PBF também promoveram, de maneira sinérgica, a melhoria no sucesso do trata-

mento, com aumento da taxa de cura e redução da mortalidade por tuberculose (PEREIRA *et al.*, 2018; MACIEL *et al.*, 2019), além de atuação positiva na redução da incidência da hanseníase (NERY *et al.*, 2014). Tanto a tuberculose como a hanseníase são doenças afetadas pelos determinantes sociais de saúde, sendo consideradas doenças negligenciadas ou doenças da pobreza, ambas foram afetadas diretamente pela expansão tanto do PBF quanto da ESF, o que sinaliza a importância de políticas públicas que ofertem suporte econômico para a redução da miserabilidade, combinadas com estratégias de promoção da saúde (CHIODA; DE MELLO; SOARES, 2016; MACHADO *et al.*, 2018).

Outros estudos revelaram aspectos de irrelevância na atuação do PBF, como a ausência de diferença no quadro de imunização de crianças beneficiadas por esse Programa (ANDRADE *et al.*, 2012), ou de prováveis negligências no alcance dos seus intentos, como os relatos de aumento do consumo de açúcar e bebidas adoçadas com açúcar entre os participantes do PBF (LIGNANI *et al.*, 2010; SPERANDIO *et al.*, 2016; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017), associados ao desconhecimento sobre o que seria uma alimentação saudável (FERREIRA; MAGALHÃES, 2017). Uchimura e colaboradores (2012), em investigação qualitativa realizada com 38 beneficiários, em Curitiba, sobre a percepção da sua qualidade alimentar, analisam que seus resultados revelam o reconhecimento da insegurança alimentar e da vulnerabilidade social, bem como sentimentos de resignação por parte dos beneficiários.

A despeito disso, para Dantas e Neri (2013), o impacto que o PBF gera na alimentação dos beneficiários e respectivas famílias é digno de nota. O Programa tem uma influência e positividade

tamanhas que sem ele não se poderia falar em dignidade humana. Esse impacto estaria refletido no aumento da segurança alimentar e dos gastos com alimentação, maior disponibilidade de alimentos e incremento da variedade de gêneros alimentares consumidos pelas famílias beneficiárias do PBF (LIGNANI *et al.*, 2010; MARTINS; MONTEIRO, 2016; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; SUZART; FERREIRA, 2018).

Acrescenta-se que o PBF tem atuado de forma significativa na erradicação da fome (ZIMMERMANN; FROTA, 2010). No entanto, apesar de parecer unânime a contribuição do PBF para que as pessoas tenham acesso à comida, pois passou a ser medida primordial da Estratégia Fome Zero (MACEDO; BOSI, 2016), há relatos controversos sobre a qualidade dessa alimentação proporcionada aos beneficiários (LIGNANI *et al.*, 2010; MARTINS; MONTEIRO, 2016; SPERANDIO *et al.*, 2016; COELHO; MELO, 2017; FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; FREITAS *et al.*, 2017; SILVANI *et al.*, 2018). Com resultados variando entre um Índice de Qualidade da Dieta maior que o de não beneficiários (COELHO; MELO, 2017) até um padrão alimentar menos saudável para beneficiários do PBF (SILVANI *et al.*, 2018).

O aumento do sobrepeso e obesidade entre as crianças beneficiárias do PBF (FREITAS *et al.*, 2017) e relatos de que mães beneficiárias do PBF são de risco para o desmame e introdução precoce da alimentação complementar de crianças menores de 24 meses (COELHO *et al.*, 2015; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017) revelam falhas claras nas ações de promoção e prevenção em saúde, que consistem em atribuições da ESF (BRASIL, 2019a). O que faz refletir que é relevante investigar se a condicionalidade

de participação em palestras educativas está sendo de fato realizada no acompanhamento do PBF pela ESF.

Guendelman *et al.* (2010) e Uchimura *et al.* (2012) já haviam suscitado a dúvida sobre a fragilidade do efeito do PBF na saúde das pessoas estar relacionada à pouca efetividade do apoio da ESF a essas famílias, e levantado a necessidade de se trabalhar ações informativas de controle de peso focadas em aspectos culturalmente aceitáveis. Devemos considerar as especificidades dos espaços de vida individual e coletiva para entender as práticas alimentares dos sujeitos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2017), pois somente o adequado acompanhamento das condicionalidades de saúde possibilitaria a identificação de situações de vulnerabilidades no contexto familiar que interfiram no acesso aos serviços básicos e na promoção do autocuidado (XIMENES; AGATTE, 2011).

Reflete-se que mais estudos devem ser realizados com vistas a esclarecer a controvérsia em torno do impacto do PBF e do acompanhamento das condicionalidades pela ESF no aspecto qualitativo da alimentação, visto que como parece não haver dúvida que ajuda a ampliar o acesso em termos quantitativos, importa investigar se a realização de ações de educação em saúde que possam impactar nessa maior ou menor qualidade alimentar por parte dos beneficiários está sendo cumprida e que grupos alimentares estão sendo mais consumidos por esse grupo.

Apesar dos impactos positivos aqui relacionados, já existem alguns estudos destacando a inabilidade da ESF para lidar com esse acompanhamento (SANTOS *et al.*, 2011; TREVISANI; JAIME, 2012; BARBOSA; DIÓGENES; MONTÁLVERNE, 2014;

PETROLA *et al.*, 2016), o que deixa evidente a importância de se repensar as práticas e processos de trabalho implantados na ESF para desenvolver com qualidade as ações envolvendo o PBF, na perspectiva de ampliação do escopo e manutenção dos impactos já identificados. Conforme descrevem Silva, Paes e Silva (2018), o PBF, por estabelecer condicionalidades que são atribuições da ESF, depende muito dela para o seu sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução dos níveis de desigualdade social é uma destacada ferramenta para a melhoria dos índices de saúde e violência da população. A intervenção em aspectos mais proximais do sistema nacional de saúde pode ter ganhos de curto prazo. Portanto, esforços que imprimam êxitos na qualidade e cobertura da ESF, bem como o aperfeiçoamento das práticas de acompanhamento das condicionalidades da saúde e ampliação da cobertura e valores do PBF são importantes ferramentas na melhoria da qualidade de vida e saúde do estrato populacional que deles se beneficiam.

É imprescindível a intervenção das instâncias gestoras do SUS, nas suas diversas esferas, para aperfeiçoar a operacionalização da implementação dos dois Programas e impulsionar os impactos que podem advir da atuação da ESF no acompanhamento do PBF. Assim como urge o repensar das equipes que atuam na ESF sobre a construção de práticas que objetivem a integralidade, sistemicidade e vivacidade no trabalho executado nos seus espaços de trabalho.

Ainda, é salutar, para que se alcancem os propósitos de quebra do ciclo intergeracional de pobreza e desenvolvimento fa-

miliar que se espera do PBF, bem como para que a ESF atue de forma crescente sobre os determinantes de saúde e na inclusão social, que se revejam os olhares e práticas que a ESF lança sobre o PBF. Precisam ser propostos outros modos de fazer, que sejam integradores de políticas sinérgicas com fins comuns, como são o PBF e a ESF.

Não se pode correr o risco de seguir fragmentando o cuidado nas práticas e conceitos da ESF. Ademais, o PBF não deve ser visto como um programa exclusivamente de repasse financeiro e caráter assistencialista, mais ainda, ele tem um impacto potencial na saúde e qualidade de vida das pessoas. Para alcançar seu fim na saúde, é necessário compreender que os beneficiários do Programa compõem um grupo estratificado, vivendo em situações precárias de vulnerabilidade e risco social comprovados, que devem ser vistos como grupo prioritário, para ter acesso equânime e receber cuidado especialmente qualificado da ESF. É salutar que os profissionais da ESF internalizem essa complementaridade e influência mútua dos programas na melhoria das condições de vida da população e promovam o desenvolvimento de ações voltadas ao grupo vulnerável do PBF.

Pode-se refletir, por meio desta revisão, que a exigência e acompanhamento das condicionalidades da educação, saúde e da assistência social do PBF revelaram-se com influência positiva nos impactos sobre os determinantes e indicadores sociais da saúde, com destaque para a mortalidade infantil, segurança alimentar, hanseníase, tuberculose e violência comunitária.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al.* Income transfer policies and the impacts on the immunization of children: the Bolsa Família Program. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1347-1358, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700013&lng=en&nrm=i-so. Acesso em: 11 abr. 2021.

BARBOSA, N. M. U.; DIOGENES, M. A. R.; MONTÁLVERNE, D. G. B. Programa Bolsa Família: A condicionante saúde realmente existe? **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, v. 27, n. 4, p. 435-436, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3688/pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BASTOS, M. L. *et al.* The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 12, n. 12, p. e0182336, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182336>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Programa Bolsa Família. 2019a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. 2019b. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades>. Acesso em: 16 mar. 2019.

CHIODA, L.; DE MELLO, J. M. P.; SOARES, R. Spillovers from conditional cash transfer programs: Bolsa Família and crime in urban Brazil. **Econ. Educ. Review**, v. 54, p. 306-320, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/>

abs/pii/S0272775715000552. Acesso em: 11 abr. 2021.

COELHO, L. C. *et al.* Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 727-738, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300727&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

COELHO, P. L.; MELO, A. S. S. A. Impacto do Programa “Bolsa Família” sobre a qualidade da dieta das famílias de Pernambuco no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 393-402, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200393&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

DANTAS, C.; NERI, E. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. **Gênero & Direito**, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/16954/9651>. Acesso em: 11 abr. 2021.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 987-998, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400987&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

FISZBEIN, A.; SCHADY, N. **Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty.** Washington: World Bank, 2009.
FRANÇA, M. V. F. Os programas de transferência de renda no

Brasil: arcabouço histórico e desenvolvimento. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, VII., 2015, São Luís. **Anais** [...]. São Luís, 2015. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/>. Acesso em: 17 mar. 2019.

FREITAS, A. G. *et al.* Comparison of the nutritional status in children aged to 5 to 10 years old on the Conditional Cash Transfer Programme in the States of Acre and Rio Grande do Sul, Brazil. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 35-41, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822017000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. **Am. J. Public Health**, v. 103, n. 11, p. 2000-2006, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561609/>. Acesso em: 11 abr. 2021.

GUENDELMAN, S. *et al.* Mexican-origin mothers residing in Mexico compared to California. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 110, n. 2, p. 222-229, 2010. Disponível em: [https://jandonline.org/article/S0002-8223\(09\)01809-4/fulltext](https://jandonline.org/article/S0002-8223(09)01809-4/fulltext). Acesso em: 11 abr. 2021.

LIGNANI, J. B. *et al.* Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. **Public Health Nutr.**, v. 14, n. 5, p. 785-792, 2010. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/changes-in-food-consumption-among-the-programa-bolsa-familia-participant-families-in-brazil/0F1734240379FD57A-BC9CFB568464C02>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MACEDO, M. A.; BOSI, M. L. M. Valorações e juízos de mérito do Programa Bolsa Família na práxis em alimentação e nutrição: emancipação e/ou acomodação sustentada? *In*: PRADO, S. D. *et al.* (Orgs.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. v. 5. p. 459-473. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/37nz2/pdf/prado-9788575114568-22.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

MACHADO, D. B. *et al.* Conditional cash transfer programme: Impact on homicide rates and hospitalisations from violence in Brazil. **PLoS ONE**, v. 13, n. 12, p. e0208925, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31443/2/MACHADO%2c%20D.B.%20Conditional%20cash%20transfer...2018.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

MACIEL, E. N. *et al.* Effect of the Bolsa Família Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **Lancet**, v. 7, n. 2, p. 219-226, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS-2214-109X\(18\)30478-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS-2214-109X(18)30478-9/fulltext). Acesso em: 11 abr. 2021.

MAGRO, A. F. N.; REIS, C. N. Os Programas de Transferência de Renda na América Latina – panorama de experiências em desenvolvimento. **Rev. OIDLES**, v. 5, n. 10, 2011. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/oidles/10/nmnr.htm>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MARTINS, A. P. B.; MONTEIRO, C. A. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 827, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991072/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MARTINS, J. S. *et al.* Estudo Comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do *PCA-Tool*. **Rev. Bras. Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1252>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Coverage of assessment of nutritional status in the Brazilian Food and Nutritional Surveillance System, 2008-2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00161516, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001205010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

NAZARENO, L. A.; VASCONCELOS, A. M. N. Transferências Condicionadas de Renda: origens, fundamentos e tendências recentes na África Subsaariana. **Boletim de Economia e Política Internacional-BEPI**, n. 19, p. 76-86, 2015. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5199/1/BEPI_n19_Transfer%C3%A4ncias.pdf. Acesso em: 17 mar. 2019.

NERY, J. S. *et al.* Effect of brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 8, n. 11, p. e3357, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003357>. Acesso em: 11 abr. 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

PASE, H. L.; MELO, C. C. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 312-329, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122017000200312&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

PEREIRA, S. M. *et al.* Family health and conditional cash transfer in Brazil and its effect on tuberculosis mortality. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 22, n. 11, p. 1300-1306, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6751077/>. Acesso em: 11 abr. 2021.

PETROLA, K. A. *et al.* Provision of oral health care to children under seven covered by Bolsa Família Program. Is this a reality? **PLoS ONE**, v. 11, n. 8, p. e0161244, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0161244>. Acesso em: 10 abr. 2021.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing diagnoses. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

RASELLA, D. *et al.* Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/>

PIIS01406736(13)607151/fulltext. Acesso em: 11 abr. 2021.

SANTOS L. M. P. *et al.* Avaliação do programa Bolsa Família em municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano e cumprimento das condicionalidades de saúde. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 4, p. 139-165, 2011. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1063/971>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SILVA, E. S. A.; PAES, N. A. Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: Revisão integrativa. **HOLOS**, v. 1, p. 201-211, fev. 2018. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4836>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SILVA, E. S. A.; PAES, N. A.; SILVA, C. C. Efeitos dos Programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 138-147, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100138&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

SILVA, M. O. S. A pobreza enquanto categoria teórica de fundamentação e foco de intervenção dos programas de transferência de renda na América Latina. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, VII., 2015, São Luís. **Anais [...]**. São Luís, 2015. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SILVANI, J. *et al.* Consumo Alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2599-2608, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi=S1413-81232018000802599&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

SOUSA, C. A. M; SILVA, C. M. F. P; SOUZA, E. R. Determinantes dos homicídios no Estado da Bahia, Brasil, em 2009. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 135-146, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000100135&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

SOUZA, P. H. G. F. *et al.* **Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade:** um balanço dos primeiros quinze anos. Rio de Janeiro: IPEA, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent&view=alphacontent&Itemid=357. Acesso em: 25 ago. 2019.

SPERANDIO, N. *et al.* Impact of the Bolsa Família Program on energy, macronutrient, and micronutrient intakes: Study of Northeast and Southeast. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 6, p. 833-844, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000600833&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

SUZART, A. S.; FERREIRA, A. P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. **Interações**, Campo Grande, v. 19, n. 3, p. 585-595, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151870122018000300585&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

TREVISANI, J. J. D.; JAIME, P. C. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 375-384, set. 2012.

Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

UCHIMURA, K. Y. *et al.* Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 687-694, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300015&lng=en&nrm=iso.

Acesso em: 11 abr. 2021.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. *et al.* What is the relative impact of Primary Health Care quality and Conditional Cash Transfer Program in child mortality? **Can. J. Public Health**, v. 110, n. 6, p. 756-767, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6964587/>. Acesso em: 11 abr. 2021.

XIMENES, D. A.; AGATTE, J. P. A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. **Inc. Soc.**, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2011. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1662>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ZIMMERMANN, C. R.; FROTA M. M. R. O Brasil e as experiências internacionais de Programas de Transferência de Renda. *In*: 13º CONGRESSO DA REDE MUNDIAL DA RENDA BÁSICA, 2010, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.fea.usp.br/fea/eventos/13o-congresso-internacional-da-rede-mundial-de-renda-basica-bien>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PRÁTICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO DE IDOSOS COM PROGNÓSTICO FATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Ana Claudia de Souza Leite
Anne Evelyn Gomes Serra
Tainá da Silva Carmo
Rayane Rodrigues Oliveira*

INTRODUÇÃO

O Brasil possui um pouco mais de 30 milhões de idosos, chegando ao percentil de 14% da população total e em ritmo crescente em pessoas de 80 anos ou mais. Nessa projeção epidemiológica do envelhecimento da população, crescem as doenças crônico-degenerativas e suas repercussões como desafio para os sistemas de saúde do mundo (MYNAIO, 2019).

Pesquisadores indicam que a necessidade de cuidados paliativos crescerá muito mais nos próximos 25 anos do que o esperado anteriormente (ETKIND *et al.*, 2021). O aumento no número de mortes por doenças crônicas que provavelmente requerem cuidados paliativos (CP) crescerá desproporcionalmente às mudanças demográficas esperadas. Muitos países de alta renda passarão por mudanças populacionais e de doenças semelhantes e, portanto, podem esperar aumentos comparáveis na necessidade de cuidados paliativos, requerendo adaptação dos modelos atuais desses cuidados, preparando-se para o crescimento da demência e do câncer para propiciar cuidados apropriados às pessoas que morrerão no futuro.

Nesse contexto, para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, é preciso que os países desenvolvam políticas de cuidados paliativos para cobrir 40 milhões de pessoas (um total que inclui pelo menos 20 milhões de cuidadores) que precisam de apoio de cuidados paliativos em todo o mundo. Atualmente, menos de 10% dos pacientes que precisam de cuidados paliativos em países de baixa e média renda os recebem (OMS, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) apresentou, em 1990, o conceito de cuidados paliativos como cuidados ativos e totais dirigidos a pacientes que não respondessem aos tratamentos curativos, deixando de lado as situações crônicas e doenças irreversíveis ou progressivas que se relacionassem aos cuidados em fim de vida. Como muitos problemas de final de vida têm origem já no início da doença, esse conceito foi sendo modificado ao longo do tempo e, de acordo com o novo conceito da OMS, é indicado para doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2007; SAGA *et al.*, 2018).

Não se fala mais em terminalidade ou impossibilidade de cura, mas em possibilidades ou não de tratamentos modificadores da doença (OMS, 2002). Dessa forma, indica-se o modelo integrado de cuidados, em que nos períodos de exacerbação ou descompensação da doença, intensificam-se cuidados curativos e paliativos (TEMEL *et al.*, 2010).

A equipe de cuidados paliativos, normalmente, é formada por multiprofissionais que trabalham de forma integrada, compondo uma equipe que leva em consideração os vários aspectos que fazem parte da nossa vida: físico, social, emocional e espi-

ritual. A composição de equipe multiprofissional para os cuidados paliativos oncológicos recomenda a participação de diversos profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta) para realizarem e participarem dos cuidados que devem ser dispensados para os pacientes oncológicos e seus familiares (BRASIL, 2018).

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar, na literatura, o escopo das práticas dos profissionais de saúde em cuidados paliativos (CP) desenvolvidas com idosos em prognóstico fatal na Atenção Primária à Saúde (APS). Essas práticas estão associadas ao cuidado integral entre o idoso e seu cuidador formal e informal, sempre em busca da articulação política, ressignificação sociocultural, reestruturação dos serviços de saúde e dos equipamentos sociais, remodelação das práticas de cuidado e olhar plural à atenção domiciliar (CECCON *et al.*, 2021).

MÉTODO

Estudo de natureza metodológica do tipo revisão sistemática de escopo, clarificado pelas recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI) (PETERS *et al.*, 2020) e propostas pelo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (TRICCO *et al.*, 2018).

Utilizou-se a estratégia mnemônica PPC, sendo “P” (Population), “C” (Concept) e “C” (Context)” (JBI, 2015; PETERS *et al.*, 2020) para a formulação da pergunta, sendo considerada nesta sequência mnemônica: “P” = profissional de saúde que atende idosos em prognóstico fatal; “C” = abordagens práticas em cuidados paliativos; e, “C” = configurações clínicas e geográficas dos

cuidados paliativos desenvolvidas na Atenção Primária, desde que fosse no domicílio do idoso. Desse modo, formulou-se a seguinte pergunta da pesquisa: quais são as práticas em cuidados paliativos desenvolvidas na Atenção Primária pelos profissionais de saúde com idosos em prognóstico fatal?

Para a estratégia de busca, combinaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Ministério da Educação (CAPES/MEC), afim de selecionar os termos apropriados e seus sinônimos, combinado, assim, técnicas de busca textual e seus campos de linguagem controlada, truncando os termos para recuperar todas as suas variantes.

A escolha dos descritores foi baseada no maior número de artigos científicos obtido em testes iniciais feitos nas bases de dados do repertório de Periódicos CAPES, partindo dos termos, em inglês, identificados pelos DeCS.

Foram realizados testes com o uso dos termos ou descritores “aged”, “prestação do cuidado”, “pessoal de saúde” e “cuidado terminal”, truncados com os demais descritores, que, após refinamento por meio de “tentativa e erro” (SALVADOR, 2019), comparando os resultados iniciais em relação ao maior número de artigos científicos obtidos nos testes em bases individuais de dados, não foi possível associá-los, obtendo-se os seguintes descritores: palliative care AND primary health care AND professional AND practice AND elderly.

Os erros de busca foram menores após testes e, utilizando-se a lógica booleana, foram usados “OR” e “AND” associados

aos termos de pesquisa, incluindo: palliative care AND primary health care AND professional AND practice AND elderly.

Esta revisão tem como base de dados e repositório Science Citation Index Expanded (Web of Science) (365), PMC (PubMed Central) (333), Scopus (Elsevier) (323), Directory of Open Access Journals (DOAJ) (316), OneFile (GALE) (266), Social Sciences Citation Index (Web of Science) (227), Materials Science & Engineering Database (119), Applied Social Sciences Index & Abstracts (75), Advanced Technologies & Aerospace Database (70), Sage Journals (Sage Publications) (62), Sociological Abstracts (62), Oxford Journals (Oxford University Press) (55), Taylor & Francis Online – Journals (48), SpringerLink (47), Taylor & Francis Online – Open Access Journals (17), Cambridge Journals (Cambridge University Press) (15), Wiley Online Library (11), BMJ Journals (BMJ Publishing Group) (10), Wiley Open Access (10), Emerald Insight (6), disponíveis no repositório Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e no Global Index Medicus.

Os artigos incluídos nesta revisão foram analisados em um primeiro momento, sendo selecionados por meio de critérios de inclusão/exclusão segundo o título, resumo e termos do assunto. Se houvesse dúvidas se o material atendia à pergunta dos estudos, passava-se para um segundo momento de leitura na íntegra da versão completa do texto.

Foram incluídos artigos de pesquisa primária, com evidências científicas, que respondessem à pergunta norteadora relacionada às práticas profissionais de saúde (PFs) específicas no domicílio do idoso e publicados nos últimos dois anos (2019-2021),

sendo excluídos aqueles em duplicação, revisões narrativas, notas editoriais, artigos de jornais e relatos de experiência.

Os critérios de inclusão consideraram elegíveis os estudos disponibilizados por periódicos nacionais e internacionais, desde que fossem revisados por pares, no período de 1º de janeiro de 2019 a 06 de abril de 2021, sem restrição de idioma e do tipo de artigo. Foram excluídos estudos replicados, que contemplavam assuntos sem interesse para a revisão e publicações de protocolos de pesquisa, artigos de opinião, governamentais, ou que não abordavam os CP ou variáveis associadas aos CP, cujo foco se enquadrava em ambientes de cuidados não primários, cuidavam de adultos jovens (<65 anos), crianças ou bebês, ou estavam focados somente em uma condição clínica específica fora do câncer, insuficiência cardíaca, demência ou doença pulmonar obstrutiva crônica.

Após a eliminação das duplicidades, os artigos incluídos foram registrados em um banco de dados do Programa Excel 2020. Em seguida, foram selecionados em duas etapas com dois Grupos (I/II) de revisores. Na primeira etapa, o Grupo I verificou mês e ano de publicação dos artigos, visando à exclusão daqueles que não se enquadraram no período da revisão. Na segunda etapa, o Grupo I examinou os títulos e/ou resumos das referências incluídas nos estudos e o Grupo II examinou novamente os mesmos artigos e vice-versa. Ambos os grupos de revisores leram separadamente os artigos incluídos de forma exaustiva, codificando cada artigo armazenado em duas pastas no Google Drive para a distribuição equitativa (Figura 1).

Um banco de dados foi criado em planilha Excel (20.0) com informações extraídas dos artigos codificados de A1 a A8, in-

cluídos na revisão, recorrendo, quando necessário, ao texto completo. A extração dos dados realizada pelos Grupos I e II tinha como objetivo legitimar a correspondência dos dados finais registados com aqueles extraídos das fontes de informações.

As informações extraídas dos estudos da amostra foram: 1) identificação (título, ano, país); prática profissional (foco, área, tipo, desfecho, benefícios e implicações); e, nível de evidência da prática clínica em Enfermagem e Medicina).

A análise do nível de evidências em ciência busca classificar a força de evidência dos estudos científicos e o método utilizado na obtenção da informação ou decisão, de acordo com sua credibilidade científica. Desse modo, os níveis de evidência foram analisados para a classificação dos tipos de estudos, determinados conforme os Níveis de Evidência Científica *Critical appraisal tool for systematic reviews of health intervention studies*. (CIAPPONI, 2017).

A qualificação metodológica dos estudos de revisão é avaliada por intermédio da ferramenta AMSTAR2 (*Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*), que, de acordo com Ciapponi (2017), as revisões sistemáticas são consideradas de baixa confiança: quando não proporcionam um resumo exato e completo dos estudos disponíveis; moderada confiança quando têm debilidade, mas sem defeitos críticos com resumo preciso dos resultados dos estudos; e alta confiança se proporcionam um resumo exato e completo dos resultados dos estudos.

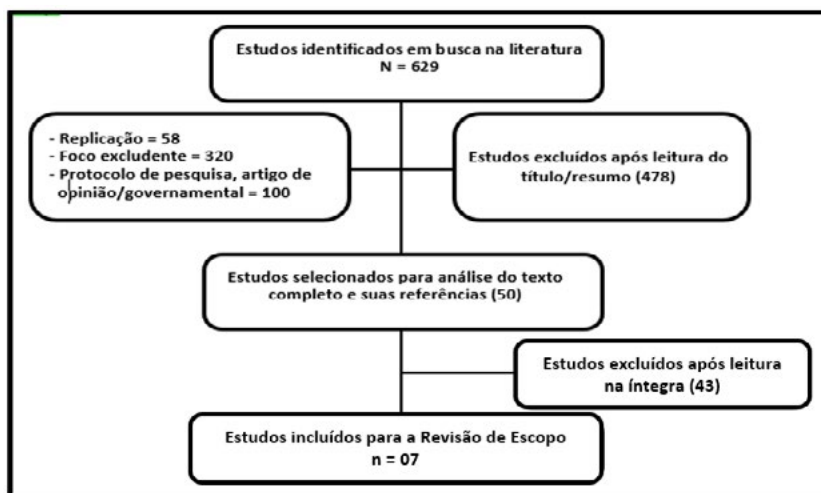
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão, oito estudos contemplavam as práticas em

cuidados paliativos desenvolvidas na Atenção Primária pelos profissionais de saúde com idosos em prognóstico fatal.

O processo de busca e seleção dos estudos desta revisão está apresentado no fluxograma (Figura 1), conforme recomendações do JBI, segundo *checklist* adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (JBI, 2021).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Fonte: Adaptado do PRISMA (2021).

Os estudos inclusos nesta revisão, publicados e/ou disponibilizados no período de 2019 a 2021, eram de alta confiança segundo a classificação de AMSTAR. Todos eram artigos científicos, sendo seis de pesquisa primária e uma revisão de literatura com abordagem quantitativa, qualitativa e/ou métodos mistos com aproximações práticas de cuidados paliativos no domicílio de idosos com prognóstico fatal na Atenção Primária à Saúde, em seu contexto geográfico, sendo oriundos de vários continentes do

planeta (Quadro 1).

Quadro 1 – Estudos encontrados conforme título, ano de publicação, cidade/país do estudo e tipo de publicação.

	TÍTULO E ANO	CIDADE/ PAÍS	TIPO DE PUBLICAÇÃO
A1	RADPAC-PD: a tool to support healthcare professionals in timely identifying palliative care needs of people with Parkinson's disease, (2020).	Nijmegen/ Holanda	Pesquisa com métodos mistos
A2	Development of a family caregiver needs assessment scale for end-of-life care for senility at home (FADE), (2019).	Yokohama, Kanagawa / Japão	Pesquisa primária
A3	Electronic care coordination systems for people with advanced progressive illness: a mixed-methods evaluation in Scottish primary care, (2020).	Edinburgh/ Escócia	Pesquisa de métodos mistos
A4	Exploring an integrated palliative care model for older people: na integrative review. Journal of Integrated Care, (2020).	Bournemouth/ Inglaterra	Revisão integrativa
A5	Family health strategy and older adults with dementia: care provided by health professionals, (2021).	Rio de Janeiro/ Brasil	Pesquisa qualitativa
A6	Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS, (2020).	Rio de Janeiro/ Brasil	Pesquisa qualitativa
A7	Visiting nurses' perspectives on practices to achieve end-of-life cancer patients' wishes for death at home: a qualitative study, (2019).	Okinawa/ Japão	Pesquisa quantitativa

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

O Quadro 2 apresenta as abordagens teóricas e metodológicas e o contexto de práticas de cuidados paliativos no domicílio

de idosos com prognóstico fatal, na Atenção Primária à Saúde, encontradas pelo levantamento dos objetivos, desenho e resultados dos artigos analisados (n=8).

Quadro 2 – Estudos encontrados conforme objetivo, desenho, resultados e nível de evidências.

Cod.	Objetivo	Desenho/NE	Resultados
A1	Desenvolver ferramenta para ajudar Profissionais de Saúde (PSs) a identificar necessidades de cuidados paliativos em pessoas com Doença de Parkinson (DP).	Aplicaram-se métodos mistos coletados (2016-2018), incluindo dez entrevistas individuais e três entrevistas com grupo focal PSs (Etapa 1); depois, com três rodadas e estudo Delphi para chegar a um consenso sobre indicadores de DP (etapa 2). AMSTAR: alta confiança.	R A D P A C - P D apoia os PSs no início dos CP para pessoas com DP. Identifica que um ou mais indicadores podem marcar a necessidade de ACP ou a fase paliativa.

<p>A2</p>	<p>Desenvolver uma “escala de avaliação das necessidades do cuidador familiar em cuidados ao final da vida para a senilidade em casa” (FADE) e examinar sua confiabilidade e validade.</p>	<p>Aplicaram-se itens desenvolvidos a partir de revisão da literatura que foram simplificados para 30 itens com quatro domínios, sendo revisados por quatro enfermeiras e quatro pesquisadores, e refinados em 15 itens. Depois, realizou-se estudo transversal com questionário de autopreenchimento enviado a 2.703 enfermeiras. A consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach e a validade do construto foi confirmada usando análise fatorial confirmatória. AMSTAR: alta confiança.</p>	<p>Respostas válidas foram fornecidas por 461 PSs enfermeiras com análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, identificando-se 12 itens com dois fatores relacionados às necessidades de adaptação ao luto por senilidade e de habilidades essenciais para apoiar uma morte digna por senilidade. O modelo final da Escala FADE apresentou valores de índice apropriados, com consistência interna e validade concorrente aceitáveis.</p>
------------------	--	--	--

A3	Estimar a proporção de pessoas com doença progressiva avançada com um KIS (<i>Key Information Summary</i>) na hora da morte, por meio do atendimento de sistemas eletrônicos de CP. Examinar a frequência de elementos do planejamento dos cuidados antecipados registrados. Explorar as percepções pelos PSs de clínica geral do KIS sobre inovações dos cuidados em sistemas eletrônicos.	Estudo de métodos mistos envolvendo revisão retrospectiva de registros do prontuário eletrônico de pacientes falecidos com 79 anos, em média, em 2017, com doença progressiva avançada, sendo analisados por 18 especialistas PF. Também, entrevistas semiestruturadas foram aplicadas por telefone às PFs de cada equipe de localidades diferentes da prática em saúde clínica. Em um dos locais, aplicou-se entrevista em grupo com duas enfermeiras (um médico/duas enfermeiras) para descrever suas experiências com o KIS. AMSTAR: alta confiança.	O estudo misto encontrou dados de 1.304 falecidos com doença progressiva avançada (79%, n=1034); destes, 69% (n=712) tinham um KIS, que começaram, em média, 45 semanas antes da morte. Pessoas com um KIS tinham maior probabilidade de morrer na comunidade em comparação com aqueles sem um (61% <i>versus</i> 30%). A maioria dos KIS foram considerados úteis e altamente úteis. Informações de texto livre atualizadas em KIS foram altamente valorizadas pelos PSs. Enfim, as pessoas com um registro EPaCCS são mais propensas a morrer em seu lugar preferido em comparação com a população em geral.
-----------	---	---	--

A4	Explorar a literatura existente sobre os serviços de cuidados paliativos integrados para idosos.	Revisão integrativa de literatura sobre os cuidados integrados nos sistemas de CP (2007–2017). De uma população de 115 literaturas científicas, foram incluídas nove (cinco revisões/quatro pesquisas primárias). AMSTAR: alta confiança.	Foram identificados três temas: cuidado centrado na pessoa, coordenação de cuidado e educação e treinamento. Identificou-se que um modelo integrado de CP facilita a prestação de cuidados centrados na pessoa para idosos em processo de morrer, em vários ambientes diferentes. E, se coordenados por PSs de equipes multidisciplinares integradas, melhora as comunicações/relações interprofissionais, melhorando a qualidade da assistência.
----	--	--	---

A5	<p>Compreender como o idoso com demência e o seu familiar cuidador são percebidos, recebidos e assistidos nos serviços diante da complexidade do cuidado dessa população, a partir da percepção dos PSs atuantes na ESF.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo-analítico, desenvolvido em uma Atenção Primária à Saúde, instalação organizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Entrevistas semiestruturadas foram aplicadas com cinco profissionais de saúde: médico (2), enfermeira (1) e agente comunitário de saúde (2), para colher dados de identificação, cuidado ao idoso e a parentes; percepção da experiência de situações extremas no monitoramento direto; e desafios na ESF em assistir adultos mais velhos. AMSTAR: alta confiança.</p>	<p>Representações dos profissionais da ESF estão relacionadas à ação realizada que, nos agentes comunitários de saúde, relacionam-se às instalações; já os médicos se veem com conhecimentos biomédicos “porta-pontas” e prescritores de medicamentos; e a enfermeira como mediadora profissional entre ACS e médicos. Dificuldades familiares são vistas como demência premiada, cuidado como um fardo e as restrições socioeconômicas intensificadas pelos aspectos da demência. O vínculo criado entre profissionais, parentes e idosos foi visto como um dispositivo de cuidados de saúde emocional, fundamental para o monitoramento de casos de demência.</p>
-----------	--	---	---

<p>A6</p>	<p>Compreender os sentidos da atenção domiciliar no escopo das ações da Atenção Primária no cuidado de idosos, na ótica de PSs* do SUS, com abordagem qualitativa</p>	<p>Os dados foram organizados e analisados com análise de conteúdo e interpretados por meio da hermenêutica filosófica compreensiva, fundamentada na hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer. AMSTAR: alta confiança.</p>	<p>Houve a compressão dos PSs que a atenção domiciliar ao idoso era algo angustiante, mas efetivo e gerador de processos humanos de confiança e articulações coletivas para o cuidado em respeito à condição do outro. Também, o sentido da atenção domiciliar abarca na reflexão dialógica da representação do humano e da solidariedade no exercício do trabalho no SUS.</p>
------------------	---	---	--

A7	<p>Analisar práticas de visitas domiciliares de PSs enfermeiros para garantir que eles podem advogar para pacientes que preferem morrer em casa.</p> <p>Esclarecer as perspectivas dos PSs enfermeiras visitantes em práticas críticas para garantir que eles possam defender os pacientes que preferem morrer em casa.</p>	<p>Aplicou-se entrevista com questionário semi-estruturado a 16 PSs enfermeiras de serviços de enfermagem para visita domiciliar no Japão e observações participantes de visitas ao domicílio de seis idosos com câncer em fim de vida e foram estudados por meio de conteúdo analisado com o método de Graneheim and Lundman's.</p> <p>AMSTAR: alta confiança.</p>	<p>Os resultados mostraram as unidades categóricas: advogar pelos pontos de vista do paciente sobre a continuidade dos cuidados domiciliares até a morte; apoiar a preparação para a morte do paciente e coordenação com outros profissionais de saúde; e, instalações confortáveis nos ambientes dos pacientes. Defenderam as opiniões do paciente sobre a continuidade dos cuidados domiciliares até a morte, enquanto articulavam as opiniões entre o paciente e família. Apoiaram a vida diária do paciente, ajudando-os a preparar seu desejo de morte em casa. Revelaram eficácia nas respostas humorísticas relacionadas à morte nos cuidados de final de vida, para aliviar os sentimentos de desesperança dos pacientes, além de intervenções com análise de estudos de caso incluindo atitudes culturais.</p>
----	---	---	---

do pelos autores (2021).

Poucos artigos foram encontrados na literatura científica sobre as práticas dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Atenção Primária. Essas práticas estão relacionadas ao cuidado integral, continuado e integrado ao sistema de saúde, requerendo a inclusão de referências, segundo estudiosos (PIVODIC *et al.*, 2020), aos cuidados no fim da vida e ao morrer e garantir a vinculação às estratégias nacionais ou regionais de cuidados paliativos existentes. O forte foco da política na coordenação e continuidade do cuidado nas políticas para idosos é uma janela de oportunidade para a defesa dos cuidados paliativos.

Nesse leque de reflexões temáticas, buscaram-se nas práticas dos profissionais de saúde da APS os olhares dos saberes científicos encontrados nas produções científicas encontradas no contexto do cuidado paliativo aos idosos com prognóstico fatal.

Na recomendação da Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos devem ser iniciados precocemente e não se restringem aos cuidados terminais (OMS, 2021); além disso, nenhuma ferramenta validada prevê o momento ideal para o início dos cuidados paliativos. Pesquisadores buscaram desenvolver a primeira ferramenta (RADboud) para PSs para identificar indicadores relacionados a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e câncer, respectivamente, que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos proativos (Exemplo de Indicadores: DPOC-internações hospitalares frequentes; Câncer – pior prognóstico do tumor primário) e melhorar a qualidade dos cuidados paliativos na prática geral (THOONSEN *et al.*, 2012).

A ferramenta “Indicadores RADboud” para a ferramenta de Necessidades de Cuidados Paliativos na Doença de Parkinson (RADPAC-PD) foi desenvolvida no cenário da Atenção Primária à Saúde na Holanda, para oferecer apoio na fase inicial dos cuidados paliativos, que incluem a identificação de dois ou vários indicadores da necessidade de atendimento em cuidados paliativos ou a fase paliativa (LENNAERTS-KATS *et al.*, 2020).

Os dois indicadores mais importantes na trajetória da DP em um paciente idoso é o momento final para iniciar o Planejamento de Cuidados Antecipados e o início da fase paliativa propriamente dita (RUDKINS; THOMAS, 2006). Esses dois momentos são compreendidos de forma distinta, pois possibilitam aos PSs organizar o cuidado segundo as necessidades e desejos de CP antes da perda do potencial de decisão do idoso. Além disso, ao reconhecer uma fase paliativa, torna-se possível avaliar os objetivos de cuidados adequados que estão de acordo com a situação clínica real. Nesse sentido, os PSs reconhecem a importância do início desse planejamento mais cedo, antes mesmo da fase paliativa, pois os problemas cognitivos já podem estar presentes mesmo em um estágio anterior da referida trajetória (LENNAERTS-KATS *et al.*, 2020).

Nesse contexto internacional e cultural do cuidado integral ao idoso com Doença de Parkinson (DP) em cuidados paliativos, estudiosos (LENNAERTS-KATS *et al.*, 2020) ressaltam a possibilidade de o uso de ferramentas nos “cuidados paliativos antecipados” (ACP) afetar a utilidade em outros países ou outros ambientes de saúde para ajudar PSs, ao possibilitar a identificação das necessidades de cuidados paliativos em pessoas com DP devi-

do às diferenças na prestação de cuidados. Nesse sentido, alguns autores enfocam a abordagem interdisciplinar para facilitar o processo de comunicação e tomada de decisão compartilhada para o cuidado de idosos com demência (VAN DER STEEN *et al.*, 2014).

Nesse panorama, pesquisa com o registro KIS (*Key Information Summary*) demonstrou, pelas informações de registros de 2017 e as avaliações de PFs, que expertises na prática do cuidado de idosos com doenças com prognóstico fatal em CP facilitam o cuidado antecipatório ao estimar a proporção de pessoas com doença progressiva avançada na hora da morte por meio do atendimento de sistemas eletrônicos de CP no planejamento dos cuidados antecipados registrados (FINUCANE *et al.*, 2020).

A dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde, regida pelos elementos a seguir, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico; e b) capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECILIO, 2011).

As visitas dos PSs aos domicílios dos idosos em cuidados paliativos na APS permitem, entre muitos benefícios, estabelecer uma relação de troca de saberes e práticas. Nessa troca, foram abstraídos fenômenos da prática que deram origem a uma ferramenta, a “Escala de avaliação das necessidades do cuidador familiar para cuidados ao final da vida para senilidade em casa” (FADE), confiável e aceitável (SAITO; TADAKA; ARIMOTO, 2019).

No contexto japonês, a morte por senilidade foi a quinta causa de óbito mais comum em 2015, a quarta em 2017 e a ter-

ceira em 2018, portanto, a ordem de morte por senilidade está aumentando anualmente (OMS, 2018). Num futuro próximo, em países como o Japão, com uma longa expectativa de vida, a principal causa de morte será a senilidade; nesse país, 101.396 pessoas morreram de senilidade em 2017 (JAPÃO, 2018).

O primeiro fator da FADE lista as necessidades para a adaptação do cuidador relacionadas à adaptação ao luto da senilidade, aceitação da morte e da senilidade e ao desenvolvimento de um preparo para o momento da morte. Aquelas de fator 2, “gestão e uso de ferramentas médicas” e “tratar de sintomas”, listam as necessidades de cuidado oriundas das habilidades essenciais para apoiar uma morte digna por senilidade, ou seja, um cuidado adequado ao cuidador (SAITO; TADAKA; ARIMOTO, 2019).

Dessa forma, o cuidado permite que o indivíduo idoso encontre seu fim sem dor (ALBERT, 2017) e que, além de cuidados adequados dos PFs, também são essenciais conhecimento e as habilidades necessárias para realizar esse cuidado. Proporcionar uma dor a menos nesse contexto de fim de vida mostra respeito aos indivíduos mais velhos e permite uma morte digna. Além disso, é de suma importância auxiliar um cuidador na obtenção do conhecimento, tecnologia e habilidades necessárias para apoiar os indivíduos idosos no alívio da angústia e dor, proporcionando respeito e dignidade como uma boa morte.

A Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2018) define o termo “morte por senilidade” como morte devido a sintomas, sinais ou achados clínicos, não em outra classe. Porém, no contexto do Japão, a legislação claramente a define como “morte de um idoso, indivíduo adulto, não atribuível a outras cau-

sas; também chamada de morte natural pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar” (JAPÃO, 2016).

No Japão, o câncer é a principal causa de morte em 28,9% da população, excedendo o número anual de 370.000 mortes em 2016 (JAPÃO, 2016), com previsões de morbidade anual para câncer acima de 1 milhão de casos e continua crescendo. As políticas e práticas do plano básico de 2017 impõem ações de promoção de programas de controle do câncer na busca da construção de uma sociedade que possa viver com dignidade e paz de espírito (KATANODA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, pesquisadores japoneses analisaram práticas críticas dos enfermeiros para garantir que podem advogar para pacientes que preferem morrer em casa. Enfermeiras participantes defenderam as opiniões do paciente sobre a continuidade dos cuidados domiciliares até a morte, enquanto articulavam o diálogo entre o paciente e família. Apoiaram o sentido de vida diária do paciente, ajudando-o a preparar seu desejo de morte em casa. Revelaram eficácia nas respostas humorísticas relacionadas à morte nos cuidados de final de vida, para aliviar os sentimentos de desesperança dos pacientes, além de intervenções com análise de estudos de caso, incluindo atitudes culturais (TERUYA *et al.*, 2019).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família considera o contexto territorial e as relações socioafetivas como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), acolhendo os idosos, já pertencentes a uma parcela significativa da sua população. Assim, atua com uma equipe interdisciplinar composta minimamente pelo médico e enfermeiro generalistas ou especialistas em Saúde

da Família e Comunidades, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

Em um estudo de Nascimento e Figueiredo (2019) foram observadas as representações de PSs da ESF, se estavam diretamente ligadas ao seu cargo exercido com significações acerca do processo demencial de idosos refletindo os níveis mais avançados das doenças e os cuidados realizados vistos como paliativos; e, dificuldades do familiar cuidador em compreender a demência, a percepção do cuidado como um peso e as limitações socioeconômicas; tais fatores foram descritos como aspectos intensificadores do processo demencial.

Nesse sentido, a criação de vínculo entre os PSs, familiares cuidadores e idosos foi percebida como um dispositivo emocional de cuidado em saúde fundamental para o acompanhamento dos casos de demência. Alguns PSs percebem que os familiares cuidadores abdicam de si na medida em que cuidam do outro; outros, compreendem a atenção ao familiar cuidador no sentido de motivá-lo para manter o cuidado do idoso (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019).

Os desafios da equipe multiprofissional no cuidado paliativo ao paciente oncológico estão fortemente associados à busca por qualificação profissional, capacitações e maneiras de melhorar seu desempenho na atuação, além da busca por manter-se mentalmente bem, mesmo trabalhando em uma assistência que envolve, com bastante frequência, sentimentos de perda e morte (LORENZZONI; ROGRIGUES; SOUZA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências científicas encontradas na literatura sobre as práticas dos profissionais de saúde em cuidados paliativos desenvolvidas com idosos em prognóstico fatal na Atenção Primária foi de alta qualidade e em contextos geográficos diversos. As ferramentas de suporte dos profissionais de saúde para as práticas de cuidado antecipado relativas à identificação das necessidades de CP em pessoas com Doença de Parkinson, na produção de tecnologia do cuidado com escala de avaliação das necessidades do cuidador familiar em cuidados ao final da vida para a senilidade em casa, estimam a proporção de pessoas com doença progressiva avançada com um KIS.

REFERÊNCIAS

ALBERT, R. End-of-life care: Managing common symptoms. **Am. Fam. Physician**, v. 95, n. 6, p. 356-361, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Inca, 2018.

CECCON, R. F. *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 99-108, jan. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2021.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.

CIAPPONI, A. AMSTAR-2: herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones de salud. **Evidencia**, v. 1, n. 1, p. 4-13, 2017.

ETKIND, S. N. *et al.* Quantas pessoas precisarão de cuidados paliativos em 2040? Tendências passadas, projeções futuras e implicações para os serviços. **BMC Med.**, v. 15, n. 102, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>. Acesso em: 32 jul. 2021.

FINUCANE, A. M. *et al.* Electronic care coordination systems for people with advanced progressive illness: a mixed-methods evaluation in Scottish primary care. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 70, n. 690, p. e20-e28, 2020.

JAPÃO. DirectorGeneral for Statistics and Information Policy. **Ministry of Health, Labor and Welfare**. Vital Statistics in Japan: Trend up to 2016. Tokyo: Ministry of Health Labor Welfare, 2016. Disponível em: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/811a2.pdf>. Acesso em: 2018 nov. 29.

JAPÃO. Ministry of Health, Labour and Welfare. Demographics survey statistics. 2018. Disponível em: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html>. Acesso em: 31 jul. 2019.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015**. Australia: JBI, 2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf. Acesso em: 12 jul. 2021.

KATANODA, K. *et al.* Shortterm projection of cancer incidence in Japan using an ageperiod interaction model with spline smoothing. **Jpn. J. Clin. Oncol.**, v. 44, p. 3641, 2014.

LENNAERTS-KATS, H. *et al.* RADPAC-PD: A tool to support healthcare professionals in timely identifying palliative care needs of people with Parkinson's disease. **PLoS ONE**, v. 15, n. 4, p. e0230611, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230611>. Acesso em: 13 jun. 2021.

LORENZZONI, A. M.; VILELA, A. F. B.; ROGRIGUES, F. S. S. Equipe multiprofissional nos cuidados paliativos em oncologia: uma revisão integrativa. **Rev. espaço ciência & saúde**, Cruz Alta, v. 7, n. 1, p. 34-48, jul. 2019.

MINAYO, M. C. S.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 1, p. 4, 2019.

NASCIMENTO, H. G.; FIGUEIREDO, A. E. B. Family health strategy and older adults with dementia: care provided by health professionals. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 119-128, jan. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100119&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração de cuidados paliativos e alívio de sintomas em pediatria: um guia da OMS para planejadores, implementadores e gestores de saúde.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2018.

PETERS, M. D. J. *et al.* Capítulo 11: Scoping Reviews (versão 2020). *In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Eds.). JBI Manual for Evidence Synthesis.* JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesis-manual.jbi.global>. Acesso em: 11 jul. 2021.

PIVODIC, L. *et al.* Inclusion of palliative care in health care policy for older people: A directed documentary analysis in 13 of the most rapidly ageing countries worldwide. **Palliat Med.**, v. 35, n. 2, p. 369-388, 2021.

PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND METANALYSES. **Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta Analyses.** PRISMA, 2018. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

RUDKINS, H.; THOMAS, A. A importância da consideração inicial dos cuidados paliativos na doença de Parkinson. **BJNN**, v. 2, p. 10-6, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjnn.2006.2.1.20497>. Acesso em: 18 nov. 2020.

SAGA, Y. *et al.* Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. **Chin. Clin. Oncol.**, v. 7, p. 32, 2018.

SAITO, M.; TADAKA, E.; ARIMOTO, A. Development of a family caregiver needs assessment scale for end-of-life care for senility at home (FADE). **PLoS ONE**, v. 14, n. 9, 2019. e0222235. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0222235>. Acesso em: 28 maio 2021.

TEMEL, J. S. *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **N. Engl. J. Med.**, v. 363, p. 733-42, 2010.

TERUYA, N. *et al.* Visiting Nurses' Perspectives on Practices to Achieve End-of-Life Cancer Patients' Wishes for Death at Home: A Qualitative Study. **Asia Pac. J. Oncol. Nurs.**, v. 6, n. 4, p. 389-396, 2019. Disponível em: 10.4103/apjon.apjon_18_19. Acesso em: 28 maio 2021.

THOONSEN, Y. B. *et al.* Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). **British J. General Practice**, v. 62, n. 602, p. e625-e631, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654597>. Acesso em: 28 nov. 2021.

TRICCO, A. C. *et al.* Extensão PRISMA para Revisões de Escopo (PRISMA-ScR): Lista de verificação e explicação. **Ann. Intern. Med.**, v. 169, n. 7, p. 467-473.

VAN DER STEEN, J. T. *et al.* White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. **Palliat. Med.**, v. 28, p. 197-209, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>. Acesso em: 28 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of palliative care**. 2002. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 08 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2018. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 28 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control: knowledge into action**. WHO guide for effective programs. Geneva: World Health Organization, 2007.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

EFEITOS DA AURICULOTERAPIA COM SE- MENTES DE FREQUÊNCIA VIBRACIONAL AMPLIADA NA SAÚDE DOS IDOSOS: EXPE- RIÊNCIA NA COMUNIDADE

*Ana Cláudia Fortes Ferreira Carvalho
Ângela Maria Alves e Souza
Maria Fátima Maciel Araújo
Luciana Rodrigues Cordeiro*

INTRODUÇÃO

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendemos que o aspecto de ser saudável não se restringe apenas ao completo bem-estar físico, mental e social. No trabalho com a comunidade, família e indivíduo, entendemos que, como profissionais, podemos ser elo de conhecimento, cura e resposta para muitas dúvidas, acerca da saúde e doença, que surgem na comunidade e na própria gestão. Estudando sobre os conceitos de saúde e de doença com mais profundidade, percebemos que cada indivíduo pode defini-los de modo diferente. A vida segue de maneira diferente de fazê-la andar, o que impossibilita a determinação do significado do ser saudável ou doente (BIATO; LEÃO; MONTEIRO, 2020).

A auriculoterapia é uma das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) que está incluída nas técnicas milenares da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e que visa trazer equilíbrio energético ao ser humano. Ao desenvolver atividades com a auriculoterapia na Estratégia Saúde da Família, entendemos que é possível associar os cuidados e orientações de enfermagem com a terapia auricular.

Dizer da relevância dessa terapia remonta às primeiras orientações para a inserção das MTC na Atenção Básica, as quais ocorreram na primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, em Alma-Ata, República do Cazaquistão (ex-República Socialista Soviética), entre 6 e 12 de setembro de 1978. Desde então, essas práticas tendem a crescer no mundo e no Brasil (TELESI JUNIOR, 2016).

O Ministério da Saúde, na Portaria n.º 971 de 03 de maio de 2006, autorizou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na área da Saúde, em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (OMS). A perspectiva que esse sistema de terapia procura incentivar são os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de ações eficazes e seguras com foco na pessoa, produzindo vínculo terapêutico, juntando o sujeito com o ambiente e a sociedade, bem como estimulando o autocuidado do indivíduo.

A dificuldade das demandas de saúde mostradas pelos idosos desafia os serviços de saúde na relação com as queixas de sofrimento físico, como dor e edemas crônicos em consequência do longo período de adoecimento. É preciso acionar gestores e suas equipes à responsabilidade de garantia de acesso a serviços e tratamentos não farmacológicos disponíveis nas opções de cuidados ofertadas pelas PIC com uso da auriculoterapia com semente de frequência ampliada. Desse modo, oferecemos maiores opções de cuidados na promoção à saúde e temos uma maior autonomia e bem-estar à saúde das pessoas idosas (SCHENKER, 2019).

A Atenção Primária à Saúde tem a compreensão de que a saúde do indivíduo depende também das suas condições biop-

sicossociais e dos seus valores culturais. As Práticas Integrativas e Complementares permitem a reflexão do sujeito e a percepção quanto à sua saúde e condição de vida, trazendo a responsabilização do sujeito pela produção e manutenção de sua saúde. Segundo Coelho (2019), as PIC produzem a oportunidade de maior exercício de cidadania em saúde, resultam em menos custos para o sistema de saúde e unem o ser humano ao meio sociocultural, desenvolvendo o autocuidado e a escuta acolhedora.

A técnica de auriculoterapia é baseada no estímulo de áreas localizadas na orelha, onde se encontram terminações nervosas do Sistema Nervoso Central, as quais correspondem a todos os órgãos do corpo. Os pontos da orelha são escolhidos e podem ser estimulados de diversas formas, como por sementes (mostarda ou colza), agulhas de acupuntura (facial ou sistêmica), *pellets* magnéticos, agulhas semipermanentes, eletrofototerapia (laser ou estimulação elétrica nervosa transcutânea – TENS) e pelos próprios dedos. Porém, as sementes são de baixo custo e possuem o benefício de os pacientes fazerem a autoestimulação dos pontos e, assim, têm sido as mais utilizadas (ARTIOLI, 2019).

Nesta pesquisa, foram utilizadas sementes energizadas e acondicionadas com um gráfico médio próximo a elas. Essa ação é importante, pois, durante a pesquisa, para a elaboração da metodologia de tratamento das sementes, verificou-se perda de energia gradativa das sementes que ficaram sem os gráficos. Sendo assim, pode-se afirmar que o gráfico funciona como uma bateria para conservar energia vibracional das sementes (CORDEIRO, 2019).

Durante a pesquisa, utilizamos sete pontos padrões em todos os participantes, esses pontos apresentam característica de

acalmar e reduzir os efeitos pressóricos e glicêmicos. Vale ressaltar que, durante este estudo, os participantes informaram diversas queixas álgicas, por isso, em todos os participantes, acrescentamos pontos que determinaram na melhoria dessas queixas.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciada em 2019, na qual foi utilizado um método de pesquisa e cuidado. O local da pesquisa foi a Unidade de Atenção Primária à Saúde Eliezer Stuardt, no bairro Autran Nunes, cuja população é de 21.208 habitantes e apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,182, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (2010).

O estudo surgiu a partir de 2018, a partir da realização de uma pesquisa com idosos sobre auriculoterapia e seus efeitos com sementes de frequência vibracional ampliada e melhora no estado geral desses idosos.

Esse território é pertencente à Regional III de Fortaleza, no Ceará. O total de idosos adscritos na UAPS é de aproximadamente 1.631, com idades acima de 60 anos, segundo o Prontuário Eletrônico (FASTMEDIC) de setembro de 2019. Foi entregue aos agentes de saúde da equipe 359, da Unidade de Saúde, um convite nominal chamando para o primeiro encontro da pesquisa. O local desse encontro foi no Centro Social Betesda, onde estavam sendo feitos os atendimentos da Unidade de Saúde, devido à reforma. Nesse momento, foi explicado o que seria auriculoterapia, os objetivos da pesquisa e a solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, de modo que oito aceitaram, procedendo-se, a seguir, à assinatura do TCLE. Ao assinarem o termo, os participantes assumiram o compromisso com o estudo, sendo orientados quanto aos dias de coletas das informações (agendamento de exames laboratoriais e sessões de auriculoterapia por um período de dez semanas). Foi entregue a cada participante um cronograma com as datas agendadas.

A coleta de informações foi realizada em cada sessão de auriculoterapia, em que mantivemos, durante toda a pesquisa, relacionamento e comunicação terapêutica, sendo isso fundamental para o estudo. Utilizamos, na técnica de auriculoterapia, sementes energéticas com vibração ampliada. Com essa energia potencializada, os participantes não precisavam fazer a compressão na orelha, pois a ação se tornou contínua. O material utilizado no tratamento foi a) placa de sementes para auriculoacupuntura; b) palpador auricular; c) semente de mostarda amarela; d) esparadrapo da marca 3M; e) estilete; f) algodão hidrófilo da marca Cremer; g) pinça de aço inox; h) álcool 70%; i) luvas de procedimento descartáveis; j) coletor para perfurocortante da marca Descarpac; k) sabonete líquido neutro; l) papel toalha descartável.

Figura 1 – Material utilizado na auriculoterapia da pesquisa.



Fonte: Acervo pessoal (2019).

A técnica de auriculoterapia, além de usar pontos de dores físicas, também influencia em áreas energéticas do corpo, trazendo um reconhecimento da pessoa a ter um novo olhar e um estilo de vida mais natural. Fonseca (2013) comenta que a relação entre o pavilhão auricular como um microssistema a ser investigado é a resposta para vários tipos de desequilíbrios.

Cumprir destacar que as Práticas Integrativas e Complementares possuem uma característica de entender o indivíduo, a família e a comunidade. Além disso, relacionam as dores físicas, mentais e emocionais a algum diagnóstico e tentam inserir um plano de cuidado que busque o equilíbrio (CORDEIRO, 2016).

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE E DISCUSSÃO

No dia 26 de julho de 2019, aconteceu a primeira consulta da pesquisa-cuidado e da auriculoterapia na própria Unidade de Saúde, sendo esta já reinaugurada. Na ocasião, foram realizados

anamnese e exame físico de cada participante; todos já tinham realizado os exames laboratoriais. Foi preenchida a ficha proposta e o tempo de atendimento individual para todos os participantes foi, em média, de 30 minutos.

No dia 02 de agosto de 2019, continuamos com as consultas de enfermagem da pesquisa-cuidado, sendo o tempo, para cada atendimento dos oito participantes, em torno de 30 minutos, totalizando 4 horas. Os pesquisados comentaram a sensação de tranquilidade, calma e diminuição de dores na primeira semana de terapia.

Figura 2 – Encontro com o grupo do estudo.



Fonte: Acervo pessoal (2019).

No dia 09 de agosto de 2019, tivemos o terceiro encontro e percebemos que, durante três semanas, os participantes estavam impacientes com a demora das consultas de enfermagem individualizadas e, assim, resolvemos realizar um grupo de en-

fermagem, onde as aplicações seriam feitas individualmente, mas no consultório da enfermeira, ocorrendo, nessa esteira, por mais sete semanas. Nessa ocasião, fizemos auriculoterapia, na sala, na presença de todos os participantes da pesquisa. E assim criamos a terapia de grupo.

Todos chegaram na hora marcada, às 8h da manhã. Os encontros tinham duração em torno de uma hora e meia. Havia um bom entrosamento entre o grupo. Cada um falava como foi a semana e como se sentia durante a terapia. Falávamos acerca da vida e de como equilibrar as emoções e os problemas era importante.

O grupo de terapia auricular surgiu no decorrer da pesquisa. Existem vários benefícios na abordagem com grupo, reunir várias pessoas em situações parecidas, permitindo troca de experiência com valor terapêutico e a economia de tempo e de energia (SOUZA, 2019).

No dia 16 de agosto de 2019, no quarto encontro, realizamos o atendimento em grupo. Fizemos uma dinâmica falando sobre a automassagem nas mãos. Todos gostaram do momento e falaram sobre os acontecimentos em sua saúde durante a semana. Após a dinâmica, fizemos auriculoterapia individual.

No dia 23 de agosto de 2019, no quinto momento, fizemos uma dinâmica com música. Utilizamos a música de Almir Sater, “ando de vagar porque já tive pressa”. Foi um momento de relaxamento. Após esse momento, oferecemos um café e frutas para o grupo. A auriculoterapia seguiu individualmente.

No dia 30 de agosto de 2019, no sexto momento, fizemos uma técnica de relaxamento e respiração com música instrumental. Após esse momento, fizemos a auriculoterapia e oferecemos

café e frutas para o grupo. A auriculoterapia seguiu individualmente.

No dia 06 de setembro de 2019, no sétimo encontro, todos falaram da importância da terapia e tivemos uma conversa a respeito da autoestima e do autocuidado. Após esse momento, fizemos a auriculoterapia e oferecemos café e frutas para o grupo. A auriculoterapia seguiu individualmente.

No dia 13 de setembro de 2019, no oitavo encontro, falamos sobre o uso correto da medicação e a necessidade de atividades físicas e da busca diária pelo equilíbrio emocional. Após esse momento, fizemos a auriculoterapia e oferecemos café e frutas para o grupo. A auriculoterapia seguiu individualmente.

No dia 20 de setembro de 2019, no nono encontro, falamos sobre a importância da pesquisa, e eles comentaram que foram momentos muito importantes para as suas vidas.

No dia 27 de setembro de 2019, orientamos quanto ao dia da segunda coleta laboratorial, bem como sobre uma visita domiciliar para assim compreender e conhecer o contexto familiar e um pouco mais da história de vida de cada participante acompanhado durante as 10 semanas, sendo essas sessões semanais.

No último encontro, houve a participação de outros profissionais da ESF que se utilizaram do momento do grupo para desenvolver outras atividades de promoção de saúde com os participantes da pesquisa. Tais atividades faziam parte da Semana Branca, momento no qual eles puderam avaliar os idosos em sua condição de saúde bucal. Diante disso, os profissionais sentiram como a pesquisa-cuidado fazia parte também do contexto de valorização da interdisciplinaridade.

Depois de 10 semanas de acompanhamento e cuidados sistematizados, constatamos como efeitos da aplicação da auriculoterapia, nesses pacientes idosos, poliqueixosos e com alterações metabólicas e pressóricas, que todos afirmaram bem-estar, mais tranquilidade, melhora do sono, das dores e até da vertigem e do zumbido.

Percebeu-se que a utilização das sementes com frequência energética ampliada nos pontos: *shen men*, rim, baço, fígado, endócrino e *San jian* (triplo aquecedor) favoreceu o bem-estar, melhorando queixas. Segundo Cordeiro (2019), as sementes preparadas com a técnica radiônica possuem 250MHz, avaliadas no gráfico Binômio de Bovis, e promovem um efeito de redução da dor com o uso do ponto do rim nesses atendimentos.

As pessoas cuidadas nesta pesquisa relatavam, no começo da auriculoterapia, dores articulares e nos membros inferiores. Os sinais do corpo são importantes para todos nós, pois nos indicam algum problema a ser tratado e não é a proposta da terapia apenas a diminuição de dor, mas descobrir o problema e tentar tratá-lo da maneira mais adequada. Encontramos pacientes com neuropatia diabética, ao investigar durante o atendimento. A neuropatia diabética é um diagnóstico importante para evitar úlceras, deformidades e outras complicações microvasculares; diagnosticar e tratar essa patologia diminui as internações hospitalares devido ao acometimento autonômico (NASCIMENTO, 2016).

Um dos principais objetivos da auriculoterapia é a redução da dor. Santos *et al.* (2016) comentam que a somatotopia é o termo que explica a relação entre certas regiões cerebrais e determinadas regiões corporais. A inervação periférica da aurícula, a partir de

três nervos principais, junto com a somatotopia do sistema nervoso central, permite a ligação da orelha com o cérebro. Quando encostamos em algo com o dedão do pé, temos uma sensação local precisa, justificando a projeção cutânea com o cérebro, revelando a evidência dos estímulos articulares e seus efeitos (ROMOLI, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auriculoterapia, como cuidado de enfermagem, proporcionou um maior conhecimento acerca dos participantes da pesquisa. Este estudo nos trouxe a compreensão de que o objetivo maior do atendimento é o cuidado com a pessoa assistida e não com a sua doença.

Diante disso, a auriculoterapia tornou-se um instrumento para uma boa anamnese e permitiu uma maior compreensão do antes e depois da enfermidade. Sobre os exames laboratoriais, apesar de resultados discretos, houve uma redução das taxas de colesterol e glicose, bem como melhoras gerais do estado de ânimo e de saúde dos participantes. Isso nos permite avaliar que essa terapia, associada às mudanças de hábitos alimentares, sociais e emocionais, é fundamental para a manutenção e prevenção da saúde da pessoa e de sua família.

Sobre os efeitos identificados com a auriculoterapia nesses pacientes com alterações metabólicas e pressóricas, observamos que todos afirmaram um bem-estar e mais tranquilidade, e isso foi um dos principais motivos da utilização das sementes de vibração energética ampliada. Depois de 10 semanas de acompanhamento

e cuidados sistematizados, todos afirmaram a diminuição do uso de analgésicos.

Ademais, foi possível verificar que a auriculoterapia, como cuidado de enfermagem na ESF, é uma opção terapêutica para o paciente com doenças crônicas, permitindo que o enfermeiro se aproxime dessa pessoa, compreendendo a origem do seu adoecimento e prevenindo também outros agravos em sua saúde.

REFERÊNCIAS

ARTIOLI, D. P.; TAVARES, A. L. F.; BERTOLINI, G. R. F. Auriculoterapia: neurofisiologia, pontos de escolha, indicações e resultados em condições dolorosas musculoesqueléticas: revisão sistemática de revisões. **BrJP**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 356-361, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000400356&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

BIATO, E. C. L.; LEAO, L. H. C.; MONTEIRO, S. B. Uma leitura crítica sobre saúde-doença e suas noções. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e300410, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000400607&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

COELHO, M. T. A. D.; CARVALHO, V. P.; PORCINO, C. Representações sociais de doença, usos e significados atribuídos às Práticas Integrativas e Complementares por universitários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 848-862, set. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300848&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

CORDEIRO, L. R. **Reiki como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da estratégia saúde da família**. 2016. 149 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2016.

CORDEIRO, L. R. **Técnica Radiônica com Sementes: teoria e prática**. Fortaleza: Editora Via Dourada, 2019.

FONSECA, W. P. **Acupuntura auricular chinesa**. São Paulo: Andreoli, 2013.

NASCIMENTO, O. J. M.; PUPE, C. C. B.; CAVALCANTI, E. B. B. Neuropatia diabética. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 46-51, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500046&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

ROMOLI, M. **Diagnóstico da Acupuntura**. São Paulo: Roca, 2013.

SANTOS, F. P. A. *et al.* Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1060-7, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000601124&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 nov. 2019.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.

SOUZA, A. M. A. (Org.). **Coordenação de Grupos**. Teoria, Prática e Pesquisa. 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2019.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av., São Paulo**, v. 30, n. 86, p. 99-112, abr. 2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2019.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE DEPENDEM DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

*Valdenici Firmo de Aguiar
Maísa Paulino Rodrigues
Ana Hélia de Lima Sardinha
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Nair Portela Silva Coutinho*

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) configuram um problema mundial, principalmente para os países em desenvolvimento (RODRIGUEZ *et al.*, 2018). A Doença Renal Crônica (DRC), no Brasil, tem como principais etiologias a hipertensão arterial (HA) e o diabetes *mellitus* (DM), e o diagnóstico precoce possibilita a implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão para os estágios mais avançados da DRC (PEREIRA, 2016), a qual exige múltiplas abordagens no seu tratamento, bem como no diagnóstico precoce, para a adoção de medidas capazes de reduzir sua progressão (SANTOS *et al.*, 2017).

O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, realizado em 2017, estimou a taxa de prevalência de pacientes em Terapia Renal Substitutiva em 865/pmp, sendo superior à meta estabelecida para a América Latina pela Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão (SLANH), que era de 700 pmp, em 2019 (THOMÉ *et al.*, 2019). Os números relacionados aos casos de DRC estão em elevado crescimento e trazem consideráveis repercussões

econômicas, requerendo medidas que reflitam na redução da incidência e dos custos com o tratamento (SILVA JUNIOR *et al.*, 2018).

Considerando que o acompanhamento dos usuários na Atenção Primária à Saúde (APS) pode elevar as chances de prevenção, diagnóstico precoce e retardo da progressão da DRC, urge que os serviços se organizem atendendo à Política Nacional de Promoção da Saúde, que “define como diretriz o reconhecimento da Promoção da Saúde como parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde” (BRASIL, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu para reorganizar a Atenção Primária à Saúde e para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Configura-se como a principal diretriz para a reformulação das práticas de saúde que proporciona assistência integral às famílias adscritas, contando, para isso, com equipe multiprofissional e interdisciplinar que, além de atuar na prevenção, cura e reabilitação e identificar situações de risco, deve, em parceria com a comunidade, enfrentar os determinantes sociais com foco na promoção da saúde e qualidade de vida (MAGALHÃES FILHA *et al.*, 2015).

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Na área da saúde, os profissionais possuem processos de trabalho peculiares mediados pelo encontro entre usuários e o uso de intervenções técnicas. O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve no cotidiano de encontros e diálogos entre pares em busca das articulações necessárias à integração de suas ações no ato de cuidar (PEDUZZI *et al.*, 2017).

Dada a relevância do problema da DRC e da importância das ações de prevenção da doença e promoção da saúde é que se desenvolveu este estudo, com o objetivo de analisar as ações de prevenção à Doença Renal Crônica realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

O presente estudo é um recorte da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFMA), com o tema “Prevenção à Doença Renal Crônica na Estratégia Saúde da Família”. Estudo com enfoque qualitativo que foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do estado do Maranhão.

O município fica localizado a 85 km de São Luís, com uma população estimada, para 2019, de 12.734 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018). A pesquisa maior tinha por objetivo geral analisar as ações de prevenção à Doença Renal Crônica realizadas pelos profissionais da ESF. O estudo ocorreu nas quatro UBS que sediam as cinco equipes de Saúde da Família (eSF), cujos territórios adscritos compreendem 100% de cobertura no município. Três

dessas Unidades estão localizadas na zona rural do município. A UBS da zona urbana sedia duas equipes de Saúde da Família.

A população do estudo foi constituída por enfermeiras, médicos, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam nas equipes no período da coleta de dados. Fizeram parte da amostra os profissionais que se encontravam nas UBS nos momentos de visita da pesquisadora, a saber: quatro enfermeiras, um médico, três técnicas de enfermagem e sete ACS, totalizando 15 profissionais.

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2019, e as entrevistas semiestruturadas seguiram um roteiro pré-testado. Com duração média de 20 minutos, as entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos participantes, gravadas e transcritas integralmente. Para garantir o anonimato dos participantes e preservar suas identidades, foi empregada, para denominar os participantes, a primeira letra da categoria profissional seguida do número arábico correspondente à ordem das transcrições.

Na primeira fase do estudo foi caracterizado o perfil dos profissionais, e, na segunda, interpretaram-se as falas dos participantes submetendo-as à Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Minayo (2014).

A organização da Análise de Conteúdo seguiu as seguintes fases:

- a) pré-análise – quando foram escolhidos e analisados os documentos para a elaboração dos indicadores que orientaram a interpretação final dos resultados;

- b) exploração do material – quando os dados foram codificados, classificados e agregados em categorias que especificaram os temas;
- c) tratamento dos resultados e interpretação – quando foram interpretados os dados categorizados, relacionando-os às dimensões teóricas que ocorreram durante a leitura do material coletado.

A partir da leitura flutuante emergiram as unidades de sentido que foram submetidas à análise de frequência, agregadas e classificadas em unidades temáticas, das quais surgiram duas categorias.

A pesquisa se desenvolveu atendendo aos princípios éticos dispostos na Resolução n.º 510/2016 (BRASIL, 2016) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob parecer consubstanciado n.º 3.209.875.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Dos 15 entrevistados, 12 eram do sexo feminino. A faixa etária variou entre 24 e 58 anos e o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família foi de um a três anos. Com relação à qualificação, dois profissionais de nível superior tinham especialização em Saúde da Família, duas técnicas de enfermagem tinham curso superior e cinco ACS concluíram o ensino médio.

CATEGORIA 1: Concepção dos profissionais sobre as ações de prevenção à DRC. Nessa categoria, os profissionais

manifestaram, nos discursos, seu entendimento sobre a prevenção à DRC e como se comunicam com os usuários, demonstrando sua compreensão sobre esse grave problema que a prevenção e a promoção da saúde em muito podem contribuir, evitando que ela se instale ou que progrida rapidamente para a insuficiência renal crônica.

A prevenção de Doença Renal Crônica na Estratégia de Saúde da Família são as ações educativas que são feitas na questão da prevenção da diabetes, da hipertensão, das doenças cardiovasculares, entendeu? Falar a respeito dessas doenças... de prevenir [...] (E2).

Sim. Se a pessoa não controla o sal na alimentação... você orienta como a pessoa deve se alimentar, não é... isso é muito importante, se alimentar, não é... isso é muito importante [...] aí outro dia ela foi numa palestra, aí ela ouviu lá dizer: tem que beber água que nosso rim funciona tipo um filtro... a gente bebe, a água fica acumulada, depois desce, vai fazendo a ingestão... aí ela foi caindo na realidade de ela precisar beber água mesmo sem querer...né? Pro rim dela funcionar adequadamente... funciona, funciona, eu acho que funciona... eu acho, não... eu tenho certeza que funciona (T1).

No momento que a gente tá orientando sobre tomar o remédio, a dieta, sobre exercício físico... acho que a gente tá fazendo essa prevenção, né? (A4).

[...] Sobre prevenção, é importante, porque quanto mais informação a pessoa tem menos ela vai precisar o serviço (A5).

Andrade *et al.* (2016), estudando a atuação da enfermagem na atenção básica em prevenção e progressão da Insuficiência Renal Crônica... refere que há bastante dificuldade na adesão ao tratamento para hipertensão, seja ele farmacológico ou apenas adoção de um estilo de vida saudável.

A capacitação, a conscientização e a vigilância da equipe de saúde que atua na Atenção Básica, sobretudo da enfermagem, é de suma importância para proporcionar adequadamente a promoção à saúde, a prevenção primária (grupos de riscos para DRC), identificar precocemente a disfunção renal para o diagnóstico, definir o estadiamento da disfunção renal e encaminhamento precoce ao nefrologista (ANTAS *et al.*, 2016).

CATEGORIA 2: O fazer das Equipes – Processo de trabalho fragmentado. Destaca-se que foram avaliadas um total de 62 unidades de análise. O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, em que indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde. Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos (FONTANA *et al.*, 2016).

Percebeu-se que o processo de trabalho das equipes se dá de forma descontínua, isolada e fragmentada, demonstrando a necessidade de maior organização, acompanhamento e avaliação das ações, como se identifica nos relatos a seguir:

Agora, ACS... ACS ele faz mais nessa questão de passar as informações, de informar o dia da consulta [...] mas assim ... eles não trabalham muito em conjunto, não (E2).

Vai quem? O agente de saúde, o técnico e a enfermeira... que orienta mais sobre essas ações bem aí... (A2).

Pereira *et al.* (2016) observaram em seu estudo alta prevalência de DRC nos estágios iniciais na ESF, sendo os fatores associados: idade ≥ 60 anos, sexo masculino, DM e consumo de álcool, sugerindo a realização de rastreamento e monitoramento para DRC em adultos atendidos na ESF.

Um dado que exige trabalho articulado das equipes para a identificação dos fatores de risco que podem ser detectados nas visitas domiciliares ou outras ações, necessitando de organização e planejamento, bem como de capacitação dos profissionais.

[...] basicamente... eu não tenho muita... faz uns dois dias que eu não tenho acompanhado... nem sei te dizer sobre o médico, entendeu? [...] o médico não tá batendo com a gente de jeito nenhum... entendeu? (A2).

Segundo Cordeiro *et al.* (2015), os profissionais e gestores municipais de saúde precisam retomar o entendimento do processo de trabalho como um objeto contínuo do trabalho em

equipe. Atualmente, ele é executado por meio de instrumentos fragmentados, que diminuem a qualidade dos serviços e comprometem o potencial de resolubilidade da Atenção Básica.

Os relatos demonstram que os profissionais não se sentem apoiados dentro da equipe e da coordenação do serviço. Os agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem informaram que alguns pacientes não confiam nas suas orientações como confiam quando estas são trabalhadas pela enfermeira ou pelo médico.

A fragilidade nas relações interpessoais do trabalho em equipe, na ESF, vai de encontro à diretriz do HumanizaSUS, que preconiza a ampliação do diálogo entre os profissionais e a promoção de gestão participativa para a qualificação da assistência em saúde (PERUZZO, 2018).

[...] eu vou na área, né... aí eu falo assim: 'dona Raimunda (que ela é hipertensa e ainda é diabética)... dona Raimunda, a senhora não pode tá comendo muito sal'... ela não confia muito no que eu falo, tá entendendo? Mas aí você, como enfermeira, vai lá... 'dona Raimunda, isso não pode', já ela confia mais que em mim, que ela tá vendo todo dia... entendeu? Esse é o suporte que a gente precisava, né? Da equipe tá lá, tá orientando, tá ajudando a gente, é o que a gente não tem, entendeu? Muitas das vezes a gente diz assim... 'dona Raimunda é... a senhora precisa fazer uma caminhada... ela diz: 'ah... vou caminhar nada'. Se for um médico lá... 'dona Raimunda, a senhora tá muito acima do peso, precisa fazer uma caminhada', ela vai... tá entendendo? Muitas das vezes uma palavra ajuda demais (A2).

O trabalho em equipe é imprescindível na Saúde da Família e favorece a transformação das atividades desenvolvidas e dos atores sociais envolvidos, pois potencializa a formação contínua dos profissionais e contribui para a reorientação do modelo de atenção à saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Problemas como acompanhamento e supervisão dos ACS parecem ressaltar nos relatos desses profissionais que, por serem pessoas da comunidade e conhecidas das famílias, necessitam de qualificação, apoio e acompanhamento para que se sintam seguras ao desempenharem suas atividades. Esse trabalho não se dá isoladamente, deve ser fruto de um planejamento adequado das ações com participação das equipes e da comunidade para que esta tenha a oportunidade de manifestar suas demandas e suas necessidades e de sentir-se partícipe das ações. Todos os profissionais da equipe devem participar do planejamento das atividades.

Rios *et al.* (2018), ao estudarem a (des)articulação das relações entre gestores, profissionais de saúde e usuários, concluíram que: o propósito do processo de trabalho na ESF requer tanto das equipes de saúde (trabalhadores) quanto dos demais participantes do processo, gestores e usuários, o compromisso com a resolubilidade na Produção do Cuidado, imbuído de autonomia, saber técnico e encorajamento para o enfrentamento das dificuldades, criando assim suas perspectivas para a redução da gigante demanda reprimida ou demanda de atenção à saúde da comunidade não resolvida pela ESF.

Outro destaque dos relatos é ausência do médico, que, regularmente, prende-se à unidade e não integra a equipe nas

atividades de educação em saúde, visitas ou outras atividades fora dos muros da unidade. A equipe sente essa ausência e esse apoio profissional.

Para Peduzzi *et al.* (2018), o trabalho em equipe e prática colaborativa devem contribuir e ter repercussões em duas direções: melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde a usuários e população do território e promover maior satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos.

No esforço para garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2014).

Integram as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde o reconhecimento da Promoção da Saúde como parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e da saúde, bem como da promoção de mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimentos de redes de cooperação intersetoriais.

Eu, a companheira minha que trabalha aqui né... a outra técnica que trabalha com a equipe 5, ela faz isso também. É... enfermeiro e médico também, agente de saúde, não, tá entendendo? Eu acredito que não, porque tem agente de saúde que nem visita o paciente (T1).

Percebe-se uma desarticulação entre a equipe e a falta de diálogo necessário para que as atividades sejam integradas e resolutivas e para que haja credibilidade do trabalho pela comunidade.

Com relação ao ACS, Peruzzo *et al.* (2018) encontraram resultado diferente quando afirmam que ficou evidente, nos discursos dos entrevistados, o trabalho dos ACS, pois acreditam que eles são os responsáveis por estabelecer o elo entre a comunidade e a equipe da ESF. Isso porque eles têm acesso ao ambiente familiar e conseguem identificar com mais facilidade os problemas existentes, influenciando na caracterização da demanda.

Para que a comunidade possa desenvolver sua autonomia em questões de prevenção de doenças tanto no caso específico das DRC quanto na promoção da saúde, precisa-se de atendimento qualificado, resultante de um trabalho coletivo, interprofissional, planejado, mediado pelo diálogo e colaboração sustentados em competências técnicas e atitudinais.

A Carta de Ottawa, produzida na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, destaca a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade no que tange à sua própria saúde, ao definir promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (PINHEIRO *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de prevenção e promoção da saúde depende de muitos fatores, mas os profissionais entrevistados demonstraram

compreensão de sua importância, particularmente no caso da DRC.

No que diz respeito ao processo de trabalho avaliado neste estudo, ficou demonstrado por meio dos relatos que há fragilidade no desenvolvimento das ações das equipes da Estratégia Saúde da Família. As expressões dos participantes da pesquisa denotam insegurança para lidar com as famílias, desconhecimento do trabalho do outro, falta de colaboração de alguns membros das equipes e até mesmo ausência do profissional tanto para apoio quanto fortalecimento da equipe junto aos usuários.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para uma reflexão e ação a respeito da importância do processo de trabalho das equipes para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, da necessidade de integração das equipes e qualificação das mesmas e do reconhecimento de que é fundamental a participação da comunidade no planejamento das ações de saúde. Assim, ela se sente corresponsável por sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, I.; ALMEIDA, M. R. S. A.; SANTOS, R. V. Atuação da enfermagem na atenção básica em prevenção e progressão da Insuficiência Renal Crônica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 4, n. 4, p. 23-31, jul./dez. 2016.

ANTAS, E. M. V.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA C. B.; SOUZA, K. N. Ação do enfermeiro na prevenção e progressão de nefropatias. **Temas em Saúde**, v. 16, n. 2, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446 MSGM**, de 11 de novembro de 2014. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria687.pdf. Acesso em: 28 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e em outras áreas que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília, DF, 2016.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, 2015.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GUIMARÃES, B. E. B.; CASTELO BRANCO, A. B. A. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde. On-line**, v. 12, n. 1, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>. Acesso em: 10 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Presidente Juscelino. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/presidente-juscelino/panorama>. Acesso em: 05 set. 2018.

MAGALHÃES FILHA, E. G. *et al.* Promoção da saúde e equipe de saúde da família: revistando sua concepção e prática. *In*: MACHADO, M. F. A. S.; MOREIRA, M. R. C.; FERREIRA, H. S. **Promoção da Saúde**: um tecido bricolado. Sobral: Edições UVA, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PEDUZZI, M. C. R. *et al.* Evaluation of brazilian primary health care from the perspective of the users accessible, continuous, and acceptable? **J. Ambul. Care Manage**, v. 40, Suppl 2, p. 60-70, 2018.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, Supl. 2, p. 1525-34, 2018.

PEREIRA, E. R. S *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. São Paulo **J. Bras. Nefrol.**, v. 38. n. 1, 2016.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018.

PINHEIRO, D. G. M. *et al.* Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 180-188, 2015.

RIOS, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A. Processo de trabalho na estratégia saúde da família: (dês)articulação das relações entre gestores, profissionais da saúde e usuários. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 5, 2018.

SANTOS, J. R. F. M. S. *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Saúde.com**, v. 13, n. 2, p. 863-70, 2017. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/466>. Acesso em: 02 set. 2018.

SILVA JUNIOR, G. B. *et al.* Global costs attributed to chronic kidney disease: a systematic review. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 64, n. 12, p. 1108-16, 2018.

THOMÉ, F. S. *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 41 n. 2, p. 208-14, 2019.