

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

ATENÇÃO, EDUCAÇÃO E GESTÃO

Volume 3

PRODUÇÕES DA REDE PROFSAÚDE

Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Marta Quintanilha Gomes
Patty Fidelis de Almeida

ORGANIZADORAS

Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Marta Quintanilha Gomes
Patty Fidelis de Almeida
ORGANIZADORAS

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

ATENÇÃO, EDUCAÇÃO E GESTÃO

PRODUÇÕES DA REDE PROFSAÚDE

Volume 3

1ª Edição
Porto Alegre
2021

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Àngel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Èrica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Este livro é uma parceria do **PROFSAÚDE** e **Rede Unida**. Os artigos publicados nesta edição são dos alunos da primeira e da segunda turma do PROFSAÚDE e foram avaliados por pareceristas convidados.

Pareceristas:

Adriana Maria de Figueiredo – UFOP;
Aisllan Diego de Assis – UFOP;
Aline Corrêa de Souza – UFCSPA;
Amábela de Avelar Cordeiro – UFRJ;
Ana Flávia Pontes Aguiar – FIOCRUZ/DF;
Ana Lucia Moreno Amor – UFRB;
Ana Tereza Guerrero – FIOCRUZ/MS;
Andréia Aparecida de Miranda Ramos – UFJF;
Bruno Leandro Alves de Andrade – FIOCRUZ/DF;
Cláudia Regina dos Santos Ribeiro – UFF;
Daniel Canavese de Oliveira – UFRGS;
Deivisson Vianna Dantas dos Santos – UFPR;
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo – FIOCRUZ;
Divanise Suruagy Correia – UFAL;
Elaine Tomasi – UFPEL;
Elen Rose Castanheira – UNESP;
Elisete Casotti – UFF;
Elizabeth Teixeira – UEA;
Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF;
Fábio Solon Tajra – UFPI;
Helena de Oliveira – UFJF;
Helena Moraes Cortes – UFRB;
Helia Kawa – UFF;
Jorge Luís de Souza Riscado – UFAL;
Karla Santa Cruz Coelho – UFRJ;
Kellen Cristina da Silva Gasque – FIOCRUZ/DF;
Leonardo Caçado Monteiro Savasi – UFOP;
Marcos Paulo Fonseca Corvino – UFF;
Maria Alice Amorim Garcia – UNESP;
Maria Cristina Pereira Lima – UNESP;
Maria da Graças M Mello Taveira – UFAL;
Mariana Hasse – UFU;
Maurício Polidoro – UFRGS;
Olivia Maria de Paula Alves Bezerra – UFOP;
Paula Hayasi Pinho – UFRB;
Regina Fernandes Flauzino – UFF;
Rosilda Mendes – UNIFESP;
Rozangela Wyszomirska – UFAL;
Sabrina Stefanello – UFPR;
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira – FIOCRUZ/MS;
Stela Meneghel – UFRGS;
Swedenberger do Nascimento Barbosa – FIOCRUZ/DE.

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

Danielle Cristine Alves

Foto Capa

Araquém de Alcântara

(Acervo Casa de Oswaldo Cruz)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

T266a Teixeira, Carla Pacheco (org.) et al.

Atenção, Educação e Gestão: produções da rede Profsaúde – Volume 3 / Organizadores: Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Marta Quintanilha Gomes e Patty Fidelis de Almeida; Prefácio de Gulnar Azevedo e Silva Archives e José Ivo dos Santos Pedrosa. – 1. ed. – Porto Alegre : Rede Unida, 2021.

204 p. – (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde)
E-book: 3.5 Mb; PDF

ISBN: 978-65-87180-33-5

DOI: 10.18310/9786587180335

1. Atenção em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Práticas Interprofissionais. 4. Saúde da Família.
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180028

CDD 610:362.8
CDU 61.044.22

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| PREFÁCIO | 9 |
| <i>Zeliete Linhares Leite Zambon</i> | |
| APRESENTAÇÃO..... | 12 |
| <i>Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Marta Quintanilha Gomes, Patty Fidelis de Almeida</i> | |
| PARTE I - EIXO DE ATENÇÃO..... | 14 |
| AVALIAÇÃO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS/BRASIL..... | 15 |
| <i>Jadilson Wagner Silva do Carmo, Andréia Aparecida de Miranda Ramos</i> | |
| INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 27 |
| <i>Eduardo Bianck Menezes, Larissa Maria Moreira, Fernando Vinholes Siqueira, Denise Silva da Silveira</i> | |
| ENFRENTANDO A LEI DOS CUIDADOS INVERSOS ATRAVÉS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES EM REDE INTERSETORIAL A PARTIR DE UM DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO..... | 40 |
| <i>Helena Fernandes Ferraz, Maria Inez Padula Anderson</i> | |
| PROJETO DE CONSCIENTIZAÇÃO DA SAÚDE DE TRABALHADORES RURAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 55 |
| <i>Vinicius Mariano Aguiar, Fabrícia de Oliveira e Silva, Fábio Ferreira Amorim</i> | |
| A RESILIÊNCIA COMO RESPOSTA AO RISCO | 68 |
| <i>Livia Sissi Gonçalves Souza Piechnik, Marcelo José de Souza e Silva</i> | |
| DOENÇA RENAL CRÔNICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO..... | 80 |
| <i>Victor Rodrigues de Vasconcelos, Nayra Rodrigues de Vasconcelos Calixto, Lucíola Maria Rodrigues de Vasconcelos, Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, Maria do Carmo Lacerda Barbosa</i> | |
| SÍFILIS GESTACIONAL NO TERRITÓRIO DE SAÚDE DE CONSOLAÇÃO, | |



| | |
|--|-----|
| VITÓRIA-ES, 2014-2017..... | 92 |
| <i>Thais Campolina Cohen Azoury, Katia Silveira da Silva</i> | |
| PLANO DE PARTO NO SUS: TRAJETÓRIA DE MULHERES DESDE O PRÉ-NATAL ATÉ A MATERNIDADE..... | 107 |
| <i>Ana Clara Fonseca Santos, Rocio Elizabeth Chavez Alvarez</i> | |
| AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..... | 119 |
| <i>Renata Elisa Brambilla, Nádia Placideli Ramos, Antonio de Padua Pithon Cyrino</i> | |
| PARTE II - EIXO DE EDUCAÇÃO..... | 131 |
| EDUCAÇÃO EM SAÚDE NUMA SALA DE ESPERA E ACOLHIMENTO PARA A POPULAÇÃO TRAVESTI E TRANSEXUAL..... | 132 |
| <i>Cláudia Regina Ribeiro, Fabiana Albino Braga, Andréa Felizardo Ahmad, Aiarlen dos Santos Meneses, Beatriz Rodrigues Silva Selles, Adriana Lemos</i> | |
| PESQUISA-AÇÃO NA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA..... | 145 |
| <i>Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira, Maria Rosilene Cândido Moreira, Alice Maria Correia Pequeno, Vanira Matos Pessoa, Sharmêniade Araújo Soares Nuto, Maria de Fátima Antero Sousa Machado</i> | |
| PARTE III - EIXO DE GESTÃO..... | 155 |
| SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NA GESTÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE | 156 |
| <i>João Zallio Coelho, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Jessica Tais Barreto Jorge, Lorena Aguiar Do Carmo, Antônio José Costa Cardoso, Marcio Florentino Pereira</i> | |
| SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN): ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM GESTANTES EM PETROLINA/PE, BRASIL ENTRE 2009 A 2018..... | 170 |
| <i>Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior, Cleusa Wanderley de Queiroz Andrade, Kátia Rejane de Medeiros</i> | |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA..... | 183 |
| <i>Fábio Mauro Ricciulli, Elen Rose Lodeiro Castanheira</i> | |
| SOBRE OS AUTORES..... | 196 |

PREFÁCIO

O PROFSAUDE E A VISIBILIDADE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Zeliete Linhares Leite Zambon¹

Os sistemas de saúde considerados mais resolutivos, com menores custos e maior grau de satisfação são aqueles nos quais há uma forte orientação dos cuidados realizados pela Atenção Primária à Saúde (APS) (Starfield, 2002). Então por que muitas vezes os cuidados hospitalares e especializados são socialmente mais valorizados? Essa seria uma ótima questão norteadora de pesquisa e certamente poderiam ser levantadas várias hipóteses para respondê-la. Uma delas seria a falta de visibilidade do conhecimento e dos resultados produzido na APS.

Tradicionalmente, o forte distanciamento entre o meio acadêmico e o ambiente profissional criou uma dicotomia entre serviço e academia que deve necessariamente ser rompida, entendendo-se a força do conhecimento científico que pode ser gerado pela prática cotidiana dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, o mestrado profissional reveste-se de grande importância, oferecendo aos trabalhadores da saúde ferramentas necessárias à sistematização de seu conhecimento, abrindo possibilidades de aproximação da realidade, reflexão e proposição de soluções com base no conhecimento científico.

Por muito tempo, somente o modelo de pesquisa e produção de conhecimento a partir do método quantitativo e pesquisa laboratorial era valorizado pela ciência. A saúde, por sua vez, esteve pautada em um modelo clínico, fortemente focado no reducionismo biológico. Nas últimas décadas, passamos por mudanças no modelo assistencial, com maior foco na pessoa, na família e comunidade, incorporando questões relativas aos determinantes de saúde-doença e ao mundo das relações do indivíduo com o meio (Scherer et al, 2005), que, no caso brasileiro, se expressa, principalmente, pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal modelo traz ao campo científico a necessidade de novas abordagens, inclusive no que se refere à produção de evidências que orientem as políticas, as ações e as práticas nos serviços de saúde.

¹ Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

As indústrias farmacêuticas, de procedimentos e de exames têm relação com o modelo de formação flexeneriana, hospitalocêntrica, com a medicina cartesiana, reducionista e com a racionalidade científica que tem sido, inclusive, um grande influenciador para a escolha de especialidades que utilizam mais as tecnologias duras, mais procedimentos invasivos, em uma direção oposta às tecnologias leves que utilizamos na APS. Por vezes, tais determinantes influenciam as escolhas dos profissionais de saúde, tornando o trabalho na ESF pouco atraente e valorizado. A publicidade realizada em torno de procedimentos invasivos e hospitalares, por exemplo, faz com que população, formadores e profissionais de saúde deem menos importância a uma APS de qualidade, centrada nas pessoas com cuidados continuados e integrais, com potencial para evitar hospitalizações (Zambon, 2015).

Passamos por um grave momento de crise social e sanitária. Embora não seja o objeto desta obra, não é possível excluir do contexto a pandemia de Covid-19 em curso e as suas possíveis consequências. Poderíamos falar em mudança de paradigma? Segundo Kuhn, paradigmas são modelos, representações e interpretações de mundo universalmente reconhecidos por conhecerem problemas e soluções modelares para uma comunidade científica. Um paradigma novo só consegue emergir a partir da luta entre teorias e concepções de mundo. O paradigma dessa forma é o motor das ciências. É o que Kuhn denomina de ciência normal, a qual não se desenvolve por acumulação de descobertas e invenções individuais, mas por revoluções de paradigmas (Kuhn, 1991).

Nesse momento, convivem e colidem ideais individualistas e solidários, liberais e conservadores, negacionistas e defensores da ciência. No Brasil, nosso SUS está sendo desfinanciado, ao mesmo tempo em que é considerado nosso maior trunfo para o combate à pandemia: é através de sua organização que a vacina poderá chegar, concretamente, aos braços dos brasileiros. Podemos, em consequência da pandemia, esperar mudanças substantivas na sociedade, nas políticas públicas e na forma de “fazer” saúde.

Moira Stewart, Ian McWhinney e Joseph Levenstein desenvolveram um método para que os profissionais de saúde privilegiassem um olhar integral sobre o indivíduo e não apenas para a doença (Stewart, 2010). Olhar a pessoa que tem a doença e não a doença que a pessoa tem faz emergir a necessidade de saberes novos e capazes de estimular o desejo de atuação na Estratégia Saúde da Família para que esta, por sua vez, possa ser valorizada também como campo de produção de conhecimento

científico, gerando hipóteses, novas perguntas de investigação que colaborem para o aperfeiçoamento das políticas e práticas cujo objetivo é oferecer cuidados de qualidade, resolutivos e voltados às necessidades de saúde da população.

Pesquisa recente com membros de movimentos sociais indica que ainda é muito forte a representação social de cuidados à saúde relacionados ao hospital, remédio e atendimento médico. O mesmo estudo, no entanto, revela as preocupações com a prevenção da doença e a inclusão de aspectos psicossociais à definição de saúde (Shimizu et al, 2015).

Como dissemos anteriormente, é preciso aproximar a academia e os serviços de saúde; pensar o SUS como o campo de práticas e reflexões transformadoras; contribuir para a constituição de um sistema unificado, no qual os diversos níveis de atenção e gestão se retroalimentem; entender a APS como a porta de entrada a um sistema realmente integrado.

Nesse sentido, dar visibilidade ao conhecimento produzido na APS e apresentar resultados aos demais setores da saúde e da sociedade podem ajudar a compreender e valorizar práticas e saberes que, ao longo dos anos, vêm permitindo o acesso de milhões de brasileiros ao SUS. Nesta perspectiva se insere o PROFSAUDE e os trabalhos apresentados neste e-book, para os quais deixamos nosso incentivo e convite à leitura e à reflexão!

Referências

- Kuhn, T. S. (1991). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Scherer, M. D. A. et al (2005). Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 9(16), 53-66, set. 2004/fev.
- Shimizu, H. E. et al (2015). A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. vol.20, n.9, pp. 2899-2910. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015000902899&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 725.
- Stewart, M; Brow, J. B.; Weston, W. W. et al (2010). *Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o Método Clínico*. 2 Ed., Porto Alegre: ArtMed.
- Zambon, Z. L. L. (2015). *Necessidade Crescente de Médicos de Família para o SUS e a Baixa Taxa de Ocupação nos Programas de Residência em Medicina de Família e comunidade: Um paradoxo?* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, CEDESS, São Paulo, SP, Brasil.
- Disponível em: http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/teses/tese_169_zeliete_linhares.pdf



APRESENTAÇÃO

O terceiro volume desta obra consolida um primeiro ciclo virtuoso de trabalhos acadêmicos, reflexões e proposições empreendidos por trabalhadores e trabalhadoras do SUS e da comunidade acadêmica de todas as partes do país que estão envolvidos na implementação de uma grande rede representada pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). A riqueza das experiências apresentadas nos capítulos contidos nos três volumes reflete os inúmeros desafios e êxitos, e a diversidade de experiências no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) — patrimônio da sociedade brasileira, reconhecida nacional e internacionalmente como uma das iniciativas mais inovadoras e importantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim como nos volumes 1 e 2, o conjunto de manuscritos apresentados neste e-book também se organiza a partir dos eixos Atenção, Gestão e Educação, que dialogam e se complementam na estruturação das políticas e ações desenvolvidas pela ESF. Este volume traz 14 manuscritos com temas desenvolvidos pelos mestrandos e mestres em Saúde da Família e que, de certa forma, traduzem os cenários de trabalho dos profissionais formados pelo PROFSAÚDE. Os escritos trazem produções que nos aproximam do cotidiano de vida de idosos, gestantes, trabalhadores rurais, usuários de psicotrópicos, pessoas em processo transexualizador, com diabetes mellitus em suas trajetórias de busca por cuidados, além dos profissionais de saúde em seus processos de trabalho e educação. As produções são tecidas a muitas mãos, e se utilizam de distintas abordagens e metodologias, apresentadas sob o formato de artigos, relatos de experiências e revisões de literatura.

É possível perceber que a composição dos textos em suas singularidades convergem na defesa intransigente do SUS e da efetiva consolidação de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade nos serviços, ações e, sobretudo, do direito à saúde e à vida. O PROFSAÚDE, como estratégia de fortalecimento do SUS pela via da valorização e formação em serviço, problematiza o cotidiano de trabalho, sistematiza e amplia entendimentos para a qualificação

profissional. Ao apresentar iniciativas, reflexões e estudos produzidos em todas as regiões do país, esperamos que os trabalhos permitam o compartilhamento de experiências e reforcem o sentido de unidade em torno da defesa do direito à saúde, humanizado, com qualidade e universal. Muitos são os desafios, mas a vitalidade e a resiliência expressas por meio dos trabalhos produzidos pela rede PROFSAÚDE nos inspira e nos motiva a seguir em frente, sentimento que, certamente, compartilhamos com todos os autores e autoras deste e-book e que dividimos com cada leitor(a)!

As Organizadoras

Carla Pacheco Teixeira (FIOCRUZ)

Maria Cristina Rodrigues Guilam (FIOCRUZ)

Maria de Fátima Antero Sousa Machado (FIOCRUZ CE)

Marta Quintanilha Gomes (UFCSPA)

Patty Fidelis de Almeida (UFF)



PARTE I
EIXO DE ATENÇÃO

AVALIAÇÃO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS/BRASIL

Jadilson Wagner Silva do Carmo
Andréia Aparecida de Miranda Ramos

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2025 existirão dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos, com maior taxa de crescimento entre idosos com 80 ou mais anos. Esse processo destaca-se nos países em desenvolvimento, onde aumentos de até 300% da população idosa são esperados, especialmente na América Latina (OMS, 2015).

No Brasil, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida, sem a correspondente modificação nas condições de vida (Leite-Cavalcanti, Rodrigues-Gonçalves, Rios-Aciutti & Leite-Cavalcanti, 2009). Em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade deverá alcançar 25,5% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018).

Santos, Andrade e Bueno (2009) afirmam que “o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo nem está associado à existência de uma doença”. Diante do envolvimento de vários fatores, este processo precisa ser entendido e planejado tendo em vista uma abordagem multidisciplinar.

As diferenças na morbidade, invalidez e morte mudaram ao longo dos últimos anos. Idosos têm uma prevalência de 17% a 30% de transtornos mentais, sendo grande a associação com transtornos físicos (Garrido & Menezes, 2002; Pimenta et al, 2013). Idosos brasileiros são, em sua maioria, portadores de, no mínimo, uma doença crônica e fazem uso de medicamentos regularmente (Lima-Costa & Veras, 2003).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a demência tem papel relevante, podendo o idoso apresentar sinais de declínio cognitivo

compatível com processo de envelhecimento sem qualquer repercussão clínica. O comprometimento cognitivo leve (CCL) é uma situação clínica intermediária, cuja prevalência é de 10 a 20% entre idosos acima de 65 anos ou mais e alto significado de evolução para demência (Pimenta et al, 2013).

O objetivo deste estudo foi verificar a frequência de CCL e fatores associados em idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município de Minas Gerais.

Referencial Teórico

O CCL foi proposto por Petersen e colaboradores, sendo uma condição que afeta essencialmente a memória e apresenta grande potencial de evolução para Demência do tipo Alzheimer (DA) (Petersen et al, 1999). Atualmente esse conceito tem sido ampliado, sendo uma condição heterogênea, com diferentes alterações dos domínios cognitivos, de evolução e prognóstico. Não existe, atualmente, tratamento específico para CCL, porém o rastreamento e medidas não farmacológicas contribuem para retardar sua evolução (Santos, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de cuidado sendo ordenadora das ações para cumprir os objetivos de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação (Mendes, 2012).

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais orienta que, nas rotinas de consulta na APS, se investiguem em idosos qualquer insuficiência de memória, perda da independência nas atividades diárias, alterações comportamentais e de funções cognitivas, bem como outros sintomas decorrentes de funções cognitivas prejudicadas, e que seja oferecido cuidado apropriado. No entanto, existe grande dificuldade das unidades básicas de gerenciar a demanda espontânea e programar serviços direcionados para o público idoso (Malta, 2017).

Portanto, o envelhecimento populacional brasileiro demanda a realização de estudos específicos que possibilitem melhorar a organização dos serviços de saúde, em especial a APS.

Metodologia

Estudo transversal, realizado através de inquérito domiciliar com 472 idosos de 60 anos ou mais em um município de Minas Gerais, Brasil, nos meses de junho a novembro de 2018.

A população do estudo foi constituída por idosos residentes e inscritos no prontuário eletrônico (SIDIM), comparando com a ficha de atualização mensal do Agente Comunitário de Saúde (ACS) das 11 microáreas do território sanitário. As perdas totalizaram 124 (26, 3%), incluindo falecimento, mudança de endereços, dados incompletos no SIDIM ou não localização do idoso após três tentativas de contato. As recusas totalizaram 13 indivíduos. Dos 335 entrevistados, 20 foram excluídos por satisfazerem os critérios de exclusão.

Critérios de inclusão: indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes na área de cobertura da ESF do município e cadastrados nesse serviço. Critérios de exclusão: portadores de demência, de transtorno psicótico, transtorno do humor unipolar e bipolar, epilepsia e/ou retardo mental ou que não tinham condições de responder ao questionário, como idosos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), surdez, disartria, mudez, micrografia. Esses diagnósticos foram considerados positivos a partir de registros médicos nos prontuários ou quando autorreferidos no momento da entrevista, no domicílio.

A variável dependente considerada foi CCL, verificado pela aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM). As variáveis independentes foram: Idade; Sexo; Situação conjugal; Arranjo domiciliar; Escolaridade; Identificação da microárea na qual o idoso residia; Nível socioeconômico; Incapacidade funcional para ABVD aferida através da Escala de Katz modificada; Morbidades autorreferidas; Uso autorreferido de medicamentos; Pressão arterial sistêmica (mmHg); Peso corporal (kg); Hemograma; Glicose jejum; VDRL; TSH; Vitamina B12; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; Ácido fólico; Hemoglobina; Tabagismo; Consumo de álcool; Queda nos últimos 12 meses; Internação nos últimos 12 meses; Condição de acamado.

No MEEM são avaliados diferentes aspectos, sendo o escore máximo de 30 pontos. É um teste de fácil aplicação e boa confiabilidade, porém o desempenho do indivíduo pode ser influenciado por diversos fatores socioculturais. Na literatura

há diferentes adaptações e pontos de corte, sem um consenso sobre a pontuação mais adequada para indicar perda cognitiva, principalmente devido ao nível de escolaridade da população estudada (Lourenço & Veras, 2006).

A Escala de Katz modificada avalia seis atividades básicas de vida diária e para cada tarefa investigada são ofertadas as alternativas: “realiza de forma independente? Sim ou não”. Cada resposta “sim” equivale a um ponto. No final, os idosos são classificados como: “independentes para as ABVD” quando atingem cinco ou seis pontos; de “dependência moderada”, se três ou quatro pontos; e de “dependência importante”, caso não ultrapassem dois pontos (Katz, 1970; Lino et al, 2008).

Para a escala utilizada foi considerada incapacidade funcional a presença de dificuldade, necessidade de ajuda ou mesmo impossibilidade para o indivíduo desempenhar alguma das atividades propostas (Giacomin, Peixoto, Uchoa, & Lima-Costa, 2008). Na análise do desfecho final deste estudo, o indivíduo foi considerado independente ou capaz caso atingisse cinco ou seis pontos.

A coleta das informações foi realizada em três momentos: aplicação do MEEM, seguido de um questionário semiestruturado e da Escala de Katz, realização do exame físico e coleta de sangue para exames laboratoriais.

Para verificar os fatores que estavam associados com o CCL, foi realizada uma análise univariada via Regressão Logística, utilizando o teste Exato de Fisher nos casos em que houve presença de zeros na tabela de contingência. Através dessa primeira análise foram selecionados os potenciais preditores para ocorrência de CCL, considerando um nível de significância de 5%. A partir das variáveis selecionadas na análise univariada, foi ajustado um modelo multivariado de Regressão Logística e, nele, aplicado o método Backward.

Para o método Backward utilizando o valor-p foi adotado nível de 5% de significância. Para verificar se os modelos ajustados estavam adequados e se tinham boa capacidade preditiva, foram calculadas medidas de qualidade de ajuste, Pseudo R² e teste de Hosmer-Lemeshow. O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.5.2).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer número 2.479.907 e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Foram obtidos 315 formulários válidos. O maior número de recusa ocorreu por parte de idosos ativos e daqueles que tinham acompanhamento em serviços particulares de saúde.

O gênero feminino correspondeu a 62,9% da amostra, assemelhando-se à feminização em grupos etários mais envelhecidos da população brasileira. As mulheres possuem menor índice de mortalidade do que os homens na maioria dos países, sendo explicada por fatores como menor consumo de álcool e tabaco, maior busca pelos serviços de saúde ao longo da vida e menor exposição a fatores de risco de natureza ocupacional (Almeida, 2015). Essas mesmas mulheres têm maior probabilidade de sofrer risco social e, quando comparadas aos homens, de vivenciar doenças típicas do envelhecimento como diabetes, hipertensão arterial, depressão, artrose. Apesar desta condição, as mulheres idosas permanecem sendo, com frequência, cuidadoras e provedoras de lares (Camarano, 2003; Rodrigues, Gonçalves & Teixeira, 2011).

A frequência de idosos com CCL positivo foi de 26,3%, semelhante a outros estudos. Nos Estados Unidos, a prevalência de CCL em idosos acima de 70 anos foi de 22,2% e variou entre 17 a 27%, no Canadá. Na Europa a taxa variou de 21 a 23% (Brucki, 2013). Estudo de revisão sistemática sobre CCL na APS mostrou incidência para todas as formas de CCL variando de 51 a 76,8/100 pessoas-ano, sendo idade, baixa escolaridade e hipertensão arterial os principais fatores de risco para a conversão (Luck, Riedel-Hellerr, Kaduszkiewicz et al, 2007).

O ABVD independente para todas as atividades representou 95,9% da amostra, demonstrando autonomia nas atividades básicas da vida diária. Se, inicialmente, os critérios limitavam o comprometimento principalmente ao domínio da memória, mais recentemente houve ampliação dos mesmos, incluindo indivíduos que apresentam algum tipo de comprometimento cognitivo consistente, não necessariamente limitado à memória (Kelley & Petersen, 2007). Avaliar a capacidade funcional desses indivíduos tornou-se, portanto, parte do rastreio e importante para identificar possíveis dificuldades na execução de atividades diárias.

Constatou-se hipertensão arterial em 67,9% dos idosos; diabetes em 22,5% e AVE em 6,7%. Um total de 13,7% relatou uso de antidepressivos, 62,9% de anti-hipertensivos e 24,8% de antiagregante plaquetário. Apesar das taxas de

doenças crônicas e uso de medicamentos contínuos, os resultados deste estudo não encontraram associação entre eles e CCL. Há controvérsias sobre a relação entre hipertensão arterial e cognição, em diferentes estudos que não identificaram alterações significativas na cognição em idosos hipertensos que fazem uso regular de anti-hipertensivos (Cavalini & Chor, 2003; Di Nucci, Coimbra, Neri, & Yasuda, 2010). É importante destacar que a hipertensão predispõe uma limitação maior na capacidade funcional do idoso. Portanto, a identificação desses fatores contribui para que intervenções possam ser realizadas na mudança de estilo de vida, com a adoção de hábitos, com controle e prevenção da evolução da hipertensão, do declínio da cognição, melhorando a capacidade funcional dos idosos para as tarefas do cotidiano (Stival, Lima, Funghetto, Silva, Pinho & Karnikowski, 2014).

A Tabela 1 mostra a distribuição dos idosos segundo as variáveis e sua relação com CCL, com valor-p menor que 0,250 na análise univariada e selecionadas para análise multivariada.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis com significância estatística na análise univariada e sua relação com CCL. Manhauçu, 2018.

| Variáveis | CCL = Não | | CCL = Sim | | Regressão Logística | | |
|---|-----------|------|-----------|------|---------------------|---------------|---------|
| | N | % | N | % | O.R. | I.C. - 95% | Valor-p |
| Idade (Média - D.P.) | 69,68 | 7,1 | 71,34 | 8,6 | 1,03 | [1,00; 1,06] | 0,086 |
| Escolaridade ≤ 4 | 196 | 77,2 | 58 | 22,8 | 1,00 | - | - |
| Escolaridade > 4 | 36 | 59,0 | 25 | 41,0 | 2,35 | [1,30; 4,23] | 0,004 |
| Renda = Até 1 salário-mínimo | 112 | 65,9 | 58 | 34,1 | 1,00 | - | - |
| Renda = De 1 a 2 salários-mínimos | 65 | 79,3 | 17 | 20,7 | 0,51 | [0,27; 0,94] | 0,031 |
| Renda = Maior que 2 salários-mínimos | 54 | 87,1 | 8 | 12,9 | 0,29 | [0,13; 0,64] | 0,002 |
| Estado civil = Casado/União estável | 131 | 80,4 | 32 | 19,6 | 1,00 | - | - |
| Estado civil = Divorciado | 26 | 68,4 | 12 | 31,6 | 1,89 | [0,86; 4,15] | 0,112 |
| Estado civil = Solteiro | 14 | 56,0 | 11 | 44,0 | 3,22 | [1,34; 7,75] | 0,009 |
| Estado civil = Viúvo | 60 | 68,2 | 28 | 31,8 | 1,91 | [1,06; 3,45] | 0,032 |
| ABVD = Independente para todas as atividades | 225 | 74,8 | 76 | 25,2 | 1,00 | - | - |
| ABVD = Dependente para pelo menos uma atividade | 6 | 46,2 | 7 | 53,8 | 3,45 | [1,13; 10,60] | 0,030 |

| | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|------|---------------|--------|
| Acamado = Não | 230 | 74,4 | 79 | 25,6 | 1,00 | | |
| Acamado = Sim | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 | 5,82 | [1,05; 32,41] | 0,044 |
| Alcoolismo = Não | 156 | 77,6 | 45 | 22,4 | 1,00 | - | - |
| Alcoolismo = Sim | 76 | 66,7 | 38 | 33,3 | 1,73 | [1,04; 2,89] | 0,035 |
| MEEM - evocação = Menos que 3 palavras | 11 | 40,7 | 16 | 59,3 | 1,00 | - | - |
| MEEM - evocação = 3 palavras | 220 | 76,7 | 67 | 23,3 | 0,21 | [0,09; 0,47] | <0,001 |

Fonte: Elaboração própria.

Como nem todos idosos tinham informações sobre os exames realizados, optou-se por ajustar o modelo multivariado duas vezes: na primeira, consideraram-se as variáveis referentes aos exames, composta por 170 idosos; na segunda, desconsideraram-se essas variáveis, sendo composta por 315 idosos. Nesse segundo modelo, observaram-se duas associações, não observadas no primeiro: escolaridade e evocação de três palavras no MEEM.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos segundo as variáveis e sua relação com CCL, na análise multivariada.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo as variáveis e sua relação com CCL, na análise multivariada. Manhauçu, 2018.

| Variáveis | Modelo Final 1 | | | Modelo Final 2 | | |
|--------------------------------------|----------------|---------------|---------|----------------|---------------|---------|
| | O.R. | I.C. - 95% | Valor-p | O.R. | I.C. - 95% | Valor-p |
| Idade | 1,08 | [1,02; 1,15] | 0,008 | 1,06 | [1,02; 1,10] | 0,004 |
| Escolaridade ≤ 4 | 1,00 | - | - | 1,00 | - | - |
| Escolaridade > 4 | 7,13 | [2,38; 21,34] | <0,001 | 5,55 | [2,70; 11,43] | <0,001 |
| Renda = Até 1 salário-mínimo | 1,00 | - | - | 1,00 | - | - |
| Renda = De 1 a 2 salários-mínimos | 0,39 | [0,14; 1,07] | 0,067 | 0,45 | [0,23; 0,90] | 0,024 |
| Renda = Maior que 2 salários-mínimos | 0,13 | [0,03; 0,58] | 0,007 | 0,19 | [0,08; 0,47] | <0,001 |
| Estado civil = Casado/União estável | 1,00 | - | - | 1,00 | - | - |
| Estado civil = Divorciado | 1,54 | [0,39; 6,06] | 0,536 | 1,97 | [0,82; 4,76] | 0,131 |
| Estado civil = Solteiro | 6,33 | [1,25; 31,98] | 0,025 | 3,12 | [1,13; 8,64] | 0,028 |
| Estado civil = Viúvo | 4,39 | [1,50; 12,89] | 0,007 | 2,11 | [1,04; 4,30] | 0,039 |

| (Conclusão) | | | | | | |
|---|----------------|--------------|---------|----------------|--------------|---------|
| Variáveis | Modelo Final 1 | | | Modelo Final 2 | | |
| | O.R. | I.C. - 95% | Valor-p | O.R. | I.C. - 95% | Valor-p |
| MEEM - evocação = Menos que 3 palavras | 1,00 | - | - | 1,00 | - | - |
| MEEM - evocação = 3 palavras | 0,10 | [0,02; 0,43] | 0,002 | 0,14 | [0,05; 0,36] | <0,001 |
| Alcoolismo = Não | 1,00 | - | - | 1,00 | - | - |
| Alcoolismo = Sim | 3,36 | [1,26; 8,95] | 0,015 | 2,09 | [1,14; 3,82] | 0,017 |
| Classificação triglicerídeos = Normal | 1,00 | - | - | | | |
| Classificação triglicerídeos = Alterado | 0,28 | [0,11; 0,75] | 0,011 | | | |
| Hosmer-Lemeshow (Valor-p) | 0,676 | | | 0,415 | | |
| Pseudo R ² | 35,7% | | | 27,5% | | |
| Número de idosos | 170 | | | 311 | | |

Fonte: Elaboração própria.

A idade média foi de 70,11 anos, havendo associação significativa entre as variáveis idade e CCL (valor-p = 0,004), sendo que os indivíduos mais velhos tenderam a apresentar mais classificações CCL positivo. No entanto, a relação da idade com desempenho cognitivo tem sido questionada em estudos sobre o tema, argumentando-se que fatores como condições de saúde física, autocuidado, contato com familiares, envolvimento com amigos e a igreja e atividades físicas exercem influência mais marcante do que a idade propriamente dita (Cruz, Caetano & Leite, 2010; Carneiro & Meira, 2016). Em nosso estudo identificou-se que os idosos solteiros (valor-p = 0,028) e viúvos (valor-p = 0,039) tenderam a apresentar mais classificações CCL positivo; e, em relação ao arranjo familiar, 87,3% dos idosos foram classificados como “acompanhados”. Segundo Neri (2002), o convívio familiar, o envolvimento social e em atividades de lazer e a inserção nas redes sociais são componentes de estilos de vida com potencial de proteger idosos do comprometimento cognitivo.

Fatores de risco modificáveis, como tabagismo, dislipidemia, diabetes, etilismo e hipertensão têm sido associados ao agravamento do CCL e maior risco de conversão para DA (Yasuda & Abreu, 2006; Xue,

et al, 2017). Dentre estes, o alcoolismo ou o abuso de álcool e devem ser destacados uma vez que podem acelerar o envelhecimento cerebral. A relação entre álcool e função cognitiva em idosos é complexa. Torna-se, portanto, necessário compreender como essa relação ocorre e detectar precocemente, para intervenção imediata e promoção de um envelhecimento saudável. Na presente pesquisa 33,3% dos idosos que ingeriram ou ingerem bebida alcoólica apresentaram CCL positivo, caracterizando uma alta frequência deste comportamento na população avaliada.

O MEEM médio foi de 21,34. A categoria de evocação de três palavras no MEEM (valor-p<0,001) apresentou forte associação com CCL, sendo os idosos que evocaram três palavras tenderam a apresentar menos classificações CCL positivo. O MEEM é um instrumento de rastreio da função cognitiva global, considerado padrão ouro, porém é recomendável associar aplicação de outros testes que avaliem funções cognitivas diferentes, objetivando ter uma visão mais detalhada das funções cognitivas que caracterizam ou não o CCL (Rubinová et al, 2014).

Quanto à escolaridade, 19,4% tinham mais que quatro anos, enquanto 80,6% menos ou até quatro anos. Os resultados demonstraram associação significativa entre as variáveis escolaridade e CCL (valor-p < 0,001), sendo que os indivíduos com escolaridade maior que quatro anos tenderam a apresentar mais classificações CCL positivo. Outros estudos encontraram resultados semelhantes aos do presente trabalho, afirmando que índices de sensibilidade e especificidade do MEEM como teste de rastreio, costumam ser menores em populações de baixa escolaridade, prejudicando estudos em países de baixa e média renda, onde a proporção de analfabetismo entre adultos mais velhos é alta. Por outro lado, as relações entre o estilo de vida e a capacidade cognitiva são discutidas, propondo que o nível de escolaridade não seja, necessariamente, o único ou principal fator relacionado ao baixo desempenho nos testes psicométricos. Pertencer a um grupo populacional social e economicamente menos favorecido, que receba menos estimulação intelectual ao longo da sua vida pode expor a uma condição que favoreça a situação de fragilidade (César, Yasuda, Porto, Brucki, & Nitrini, 2017; Scazufca, Almeida, & Vallada, 2009).

Considerações Finais

Considerando que o presente estudo utilizou metodologia transversal não se pode afirmar sobre a precedência temporal das variáveis independentes sobre o comprometimento cognitivo ou vice-versa.

A possibilidade de identificar a frequência de CCL, através do rastreamento em uma população adscrita no território da APS, permitiu conhecer melhor a saúde desses idosos e a construção de um plano de intervenção para sua assistência e de seus cuidadores. Espera-se que os achados da pesquisa favoreçam a implementação de políticas públicas para a população idosa no município, priorizando a adoção de medidas não farmacológicas capazes de retardar a evolução dos casos identificados e promover qualidade de vida, através do controle mais efetivo dos fatores modificáveis.

Referências

- Almeida, A. V. (2015). O processo de feminização da velhice no Município de Viçosa, MG: características, relações e risco social. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil.
- Brucki, S. M. D. (2013). Epidemiology of Mild Cognitive Impairment in Brazil. *Dementia & Neuropsychologia*, 7 (4): 363-366.
- Camarano, A. A. (2003). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos avançados*, 17 (49): 35-63.
- Carneiro, D. N. & Meira, S.S. (2016). Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. *Revista APS*, 19 (2): 203-209.
- Cavalini, L. T. & Chor, D. (2003). Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 6 (1):7-17.
- César, K. G., Yasuda, M. S., Porto, F. H. G., Brucki, S. M. D. & Nitrini, R. (2017). Addenbrookes's cognitive examination-revised: normative and accuracy data for senior with heterogeneous educational level in Brazil. *International Psychogeriatrics*, 29 (8): 1345- 1353.
- Cruz, D. T., Caetano, V. C., Leite, I. C. G. (2010). Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Caderno de Saúde Coletiva*, 18 (4): 500-508.
- Di Nucci, F. R. C. E., Coimbra, A. M. V., Neri, A. L. & Yasuda, M. S. (2010). Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37 (2):52-56.
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria RBP*, 24 (Supl. 1): 3-6.
- Giacomin, K. C., Peixoto, S. V., Uchoa, E. & Lima-Costa, M. F. (2008). Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (6): 1260-1270.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018. 56p.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A., Facal, D., Lolo, C., Caamaño, J. A., Sueiro, J., Bóveda, J. & Eiroa, P. (2014). Prevalence and correlates of mild cognitive impairment in adults aged over 50 years with subjective cognitive complaints in primary care centers. *Geriatrics & Gerontology International*, 14: 667-673.
- Katz, S., Down, T. D., Cash, H.R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10 (1): 20-30.
- Kaya, Y., Aki, O., Can, U. A. et al (2014). Validation of Montreal Cognitive Assessment and Discriminant Power of Montreal Cognitive Assessment Subtests in Patients With Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Dementia in Turkish Population. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 27 (2): 103-109.
- Kelley, B. J., Petersen, R. C. (2007). Alzheimer's Disease and Mild cognitive impairment. *Neurology Clinical*, 25: 577-609.
- Leite-Cavalcanti, C., Rodrigues-Gonçalves, M. C., Rios-Asciutti, L. S., & Leite-Cavalcanti, A. (2009). Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em grupo de idosos brasileiros. *Revista de Salud Publica*, 11 (6): 865-877.
- Lima-Costa, M. F. & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3): 700-701.
- Lino, V. T. S. et al. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1): 103-112.
- Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2006). Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4): 712-719.
- Luck, T., Riedel-Hellerr, S. G., Kaduszkiewicz H. et al. (2007). Mild Cognitive Impairment in general practice: age-specific prevalence and correlate results from the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24: 307-316.
- Malta, D. C et al. (2017). Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: Análise da pesquisa nacional de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51 supl. 1:4s.
- Mendes, E. V. A APS no Brasil. (2012). In: Mendes, E. V. (Org.). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [p. 90]. Organização Pan Americana da Saúde, Brasília, Brasil. Recuperado em 17 de agosto, 2017 de <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado.Condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>.
- Neri, A. L. (2002). Teoria Psicológicas do Envelhecimento. In: Freitas, E. V., Py, L. et al (Org.). *Tratado Geriatria e Gerontologia* (pp. 32-46). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. (2015). Recuperado em 01 de janeiro, 2019 de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
- Pimenta, F. A. P., n/a et al. (2013). Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e índice de Charlson em idosos com demência. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59 (4): 326-334.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E., & Kolmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Rodrigues, L; Gonçalves, M. E. & Teixeira, G. E. (2011). Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social, no município de Montes Claros (MG). Recuperado em 14 de outubro de 2020 em: >http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2011/docs/2011_indicadores_vulnerabilidade.pdf<.



- Rubínová E., Nikolai, T., Marková, H., Siffelová, K., Laczó, J., Hort, J., & Vyhnálek, M. J. (2014). Clock Drawing Test and the diagnosis of amnesic mild cognitive impairment: can more detailed scoring systems do the work? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36 (10): 1076-1083.
- Santos, A. A. (2017). Qualidade de vida dos cuidadores de idosos com comprometimento cognitivo e o apoio dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 3-10.
- Scazufca, M., Almeida, O. P. & Vallada, H. P. (2009). Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259 (1): 8.
- Stival, M. M., Lima, L. R., Funghetto, S.S., Silva, A. O., Pinho, D. L. M. & Karnikowski, M. G. O. (2014). Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 17 (2):395-405.
- Vasconcelos, A. M. N. & Gomes, M. M. F. (2012). Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21 (4): 539- 548.
- Xue, H. et al. (2017). Risk factors of transition from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease and death: A cohort study. *Comprehensive Psychiatry*, 78: 91-97.
- Yasuda, M. S., & Abreu, V. S. P. (2006). Avaliação Cognitiva em Gerontologia. In: E. V. Freitas, Py, L. et al (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1252-1259). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2ª edição revista e ampliada.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eduardo Bianck Menezes
Larissa Maria Moreira
Fernando Vinholes Siqueira
Denise Silva da Silveira

Introdução

A integralidade do cuidado é entendida como uma atenção à saúde individualizada conforme as necessidades do sujeito, devendo ser ofertada incorporando tanto aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença quanto ações adequadas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, nos diversos níveis de complexidade da rede de saúde (Starfield, 2009; Conill, 2004; Giovanella & Mendonça, 2009). É um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo também um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), juntamente com acesso de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2009; Giovanella et al, 2002).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a opção de APS definida como orientadora do modelo assistencial do SUS (Portaria nº 2436, 2017). Para garantir a alta qualidade da assistência, o equilíbrio proposto pela atenção integral em disponibilizar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação é um requisito vital para o sucesso da APS. Diante do escopo de ações nela disponíveis, é fundamental manter o monitoramento de como os processos de trabalho e as condições dos serviços se relacionam com as ações de integralidade ofertadas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) para os diversos grupos populacionais do seu território (Almeida et al, 2011; Ferreira et al, 2016).

Entre os grupos populacionais destacam-se as pessoas usuárias de psicotrópicos, que são substâncias que podem determinar dependência física ou psíquica (Portaria nº 344, 1998). Esta população caracteriza-se por utilizar os serviços de APS com maior frequência do que a procura habitual por atendimentos de saúde, devido à necessidade de renovação periódica das receitas de controle especial. É nesse nível de atenção que essa demanda precisa ser atendida,

especialmente pela inerente proximidade desses serviços com as famílias e a comunidade (Rocha & Werlang, 2013).

Neste contexto, a avaliação da oferta de ações integrais para este grupo populacional específico pode refletir a prática do atributo integralidade, o que indiretamente oportuniza avaliar a qualidade do cuidado ou dos serviços de saúde relativos à APS (Conill, 2004). A integralidade é um bom indicador da direção a ser seguida pelos sistemas e suas práticas, pois implica em uma recusa ao reducionismo e a objetivação de sujeitos (Giovannella & Mendonça, 2009; Mattos, 2009).

Este estudo objetivou descrever práticas de integralidade para usuários de psicotrópicos atendidos por uma equipe da ESF na perspectiva da oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Referencial teórico

A APS possui atributos essenciais e derivados; entre os essenciais, estão o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. A presença e extensão desses atributos são fundamentais para definir um serviço como realmente orientado pela APS, existindo associação direta entre efetividade desta atenção e benefícios à saúde da população (Starfield, 2002).

A integralidade da atenção pressupõe a prestação de um conjunto de serviços destinados a suprir todas as ações de saúde necessárias, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro da APS. Implica o reconhecimento adequado de problemas biológicos, psicológicos ou sociais que causem doenças e a prestação de serviços preventivos e curativos à população, especialmente para grupos prioritários, visando uma atenção à saúde de maneira holística e dar uma resposta adequada ao sofrimento do indivíduo (Mattos, 2009; Brandão, 2020).

Usuários de psicotrópicos têm aumentado nas últimas décadas por diversos motivos, tais como maior número de diagnósticos de transtornos psiquiátricos e mudança do perfil epidemiológico da população (Rodrigues, 2006; Borges, 2015). Conseqüentemente, também é crescente a utilização dos serviços por pessoas que fazem uso destes medicamentos, bem como a prescrição dessas drogas por médicos da APS (Quintana et al, 2013). A partir da Reforma Psiquiátrica, pacientes

com Transtorno Mental Leve passaram a ser acompanhados exclusivamente pela APS (Ministério da Saúde [MS], 2005).

A periodicidade de prescrição de tais medicamentos, conforme orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, introduz a necessidade de as EqSF constantemente experimentarem diferentes metodologias em seus processos de trabalho para atender a todas as necessidades de saúde de sua população (Bond et al, 2000).

Este estudo analisou a presença da integralidade no campo das práticas (Mattos, 2001) e na dimensão da primazia de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (Giovannella, 2002; Franco, 2017) ofertadas a pessoas que fazem uso de psicotrópicos e frequentam uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). No terreno das práticas, a integralidade remete ao imperativo de considerar o sujeito em sua totalidade em oposição a um olhar fragmentado (Mattos, 2009). Esta superação se expressa na compreensão ampliada dos problemas do usuário e ainda, na articulação e estruturação das ações, com a incorporação de atividades de promoção e prevenção às atividades assistenciais e vice-versa (Almeida et al, 2011). Significa dar uma resposta adequada ao sofrimento articulado com busca de necessidades ocultas, contextualizando ofertas para momentos oportunos (Mattos, 2009).

Método

Trata-se de um estudo transversal descritivo, que incluiu uma EqSF de uma UBSF do município de Joinville-SC. A população alvo foram os usuários com mais de 18 anos, vinculados à área de abrangência e que utilizaram o serviço para obtenção de receita de psicotrópicos, identificados pelos registros rotineiros de prescrição de medicamentos de controle especial.

Os dados foram coletados entre julho/2018 e janeiro/2019 mediante entrevistas face a face realizadas na UBSF, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com aplicação de questionário semiestruturado ao usuário ou ao informante chave, por dois alunos de graduação de medicina previamente treinados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas com o nº 2.594.290 em 11 de abril de 2018.

A avaliação da “Integralidade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças” foi realizada para todos os entrevistados e por grupos específicos: a) idosos (60

anos ou mais); b) mulheres em três grupos etários (de 18-49, de 25- 64 e de 50-69 anos). A análise por grupos etários objetivou investigar ações próprias destes estratos.

Para operacionalização do desfecho “Integralidade das ações de educação em saúde” perguntou-se aos entrevistados se haviam recebido as seguintes orientações educativas durante o atendimento com profissionais da equipe, nos últimos 12 meses anteriores à entrevista: a) comer pouco sal; b) comer pouco doce ou açúcar; c) comer pouca gordura e fritura; d) manter o cartão de vacinas atualizado; e) fazer atividade física; f) malefícios do fumo; g) malefícios do uso de álcool; h) importância dos cuidados de higiene bucal; i) uso de preservativo em todas as relações sexuais para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Essas variáveis foram analisadas individualmente e agrupadas conforme a somatória das respostas positivas para as nove orientações. Também foi verificado se o entrevistado teve o peso medido, se consultou com o dentista da UBSF e se teve aferição de pressão arterial (PA) (últimos dois anos). Às mulheres de 18 a 49 anos de idade questionou-se sobre o recebimento de orientações sobre planejamento familiar; às de 25 a 64 anos sobre o recebimento de orientação para realização de citopatológico e ano de realização do último exame; e, às de 50 a 59 anos, sobre o recebimento de orientação para realização de mamografia e ano de realização do último exame. Considerou-se estar com o exame citopatológico em dia se realizado pelo menos um nos últimos três anos e mamografia em dia se realizada pelo menos uma nos últimos dois anos. Quanto aos idosos, investigou-se se haviam sido orientados para a prevenção de quedas no último ano.

As variáveis independentes foram agrupadas em: a) características demográficas: sexo; idade e; cor da pele autodeclarada; b) características socioeconômicas: renda familiar do último mês; anos completos de estudo; se vive com companheiro; c) características comportamentais: tabagismo; uso de bebida alcoólica; nível de atividade física no lazer; d) morbidades diagnosticadas por médico: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM); e) padrão de utilização do serviço de saúde: número de atendimentos com a equipe da UBSF nos últimos 12 meses antes da entrevista; f) risco para doença cardiovascular por medida da circunferência da cintura no momento da entrevista e interpretado por sexo. Para verificar o nível de atividade física (AF) no lazer aplicou-se o International Physical Activity Questionary, domínio do lazer (Matsudo et al, 2001).

Os questionários foram revisados, codificados e digitados em dupla entrada no aplicativo Epidata versão 3.1.º 21. Posteriormente, procedeu-se a análise descritiva dos dados no pacote estatístico STATA versão 12.2º.

Resultados e discussão

O presente estudo possibilitou conhecer sobre algumas práticas de integralidade ofertadas por uma EqSF a usuários de psicotrópicos e identificar o perfil desses pacientes que buscam atendimento para renovar suas receitas. Na rede assistencial é crescente a utilização dos serviços de APS por essas pessoas, especialmente devido à proximidade desses serviços com famílias e comunidade e a prescrição de psicotrópicos por médicos da APS (Quintana et al, 2013).

O estudo incluiu 137 indivíduos - 80% dos 171 que utilizavam o serviço para obtenção de receita de psicotrópicos, sendo a maioria do sexo feminino (78,1%), com 40 a 59 anos (63,5%) e de cor da pele branca (62,8%). Na renda mensal houve predomínio daqueles que recebiam de um a 1,9 salários-mínimos (36,7%). Aproximadamente metade dos entrevistados tinha ensino fundamental incompleto (49,6%) e 14,6% não haviam frequentado a escola. A maioria (66,4%) tinha companheiro e 10% moravam sozinhos. Quanto às características comportamentais, 16,1% era tabagista e 16,8% faziam uso de álcool. No contexto da prática de AF, apenas 22,8% foram considerados ativos. Entre as morbidades estudadas, 29,9% referiram ter HAS e 15,3% possuíam HAS e DM. Quase todos (98%) haviam sido atendidos uma ou mais vezes pela equipe da UBSF nos últimos 12 meses (média de consultas / dp = 5,9 / 6,3; mediana = 4,0), e um terço esteve mais de 5 vezes na UBSF. Entre as mulheres, 72,4% apresentavam medida da circunferência abdominal de alto risco para doença cardiovascular e, entre os homens, essa proporção foi de 50%.

As características de idade, sexo e renda da amostra estudada, em acordo com os dados provenientes do cadastramento dos agentes comunitários de saúde, são corroboradas pela literatura (Malta et al, 2016; Guibu et al, 2017). As características socioeconômicas dos entrevistados ratificam sua situação de vulnerabilidade social.

Os aspectos comportamentais da amostra são semelhantes aos resultados encontrados pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do MS (2016). Destaca-se a prevalência de indivíduos considerados fisicamente inativos (58,9%) em um grupo com outras DCNT diagnosticadas por médico associadas ao transtorno mental. Sabendo-se que a prática regular de atividade física é parte fundamental no controle das DCNT e na diminuição do risco para doença cardiovascular, a EqSF deve desenvolver estratégias para incentivar essa prática e tornar eficaz o aconselhamento (Häfele & Siqueira, 2017).

Segundo o MS, a média anual de consultas médicas/habitante/ano pelo SUS em 2005 no Brasil e na região Sul foi 2,5 e de 2,3, respectivamente (MS, 2011). Nesta investigação, a média de 5,9 atendimentos no último ano constituiu-se em oportunidade ímpar para a ampliação de ações de integralidade. Essa média parece relacionada principalmente à maior frequência desse grupo na UBSF devido à obrigatoriedade de renovação periódica das receitas (Portaria nº 344, 1998).

Na Constituição Federal (1988) e nas diretrizes do SUS, integralidade está referenciada como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais”. No entanto, segundo Mattos (2009), a integralidade é uma imagem-objeto polissêmica de algo que tem como propósito principal distinguir o que se almeja construir, do que já existe, partindo de um pensamento crítico, que recusa o reducionismo da realidade que se pratica e busca superá-lo. Por ser polissêmica, permite variadas possibilidades de realidades futuras, a partir de críticas de diferentes atores e desenvolvimento de características desejáveis do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas.

Com relação ao desfecho do estudo “Integralidade das ações de educação em saúde” ao considerarmos as orientações recebidas da EqSF nos últimos 12 meses, 38% dos usuários de psicotrópicos relataram não terem recebido nenhuma das orientações sobre hábitos alimentares. Relativo à promoção de outros comportamentos saudáveis, 40,9% referiram recebimento de informações sobre os malefícios do tabagismo, e 32,9% a respeito dos prejuízos do uso de bebida alcoólica. No contexto da saúde bucal, 37,2% da amostra declarou o recebimento de orientações em higiene bucal e, no âmbito da prevenção por imunizações, 59,1% foi orientado para manter o cartão de vacinas atualizado (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nos últimos 12 meses, para toda a amostra (n=137).

| Ações | N (%) | IC 95% |
|---|------------|-------------|
| Orientações educativas recebidas da equipe da UBSF | | |
| Comer pouco sal | 64 (46,7) | 38,3 – 55,2 |
| Comer pouco doce ou açúcar | 70 (51,1) | 42,6 – 59,6 |
| Comer pouca gordura e fritura | 77 (56,2) | 47,8 – 64,6 |
| Nenhuma orientação alimentar | 52 (38,0) | 29,7 – 46,2 |
| Receberam as três orientações | 56 (40,9) | 32,5 – 49,2 |
| Realizar atividade física | 87 (63,5) | 55,3 – 71,7 |
| Malefícios do tabagismo | 56 (40,9) | 32,5 – 49,2 |
| Malefícios do uso de álcool | 45 (32,9) | 24,9 – 40,8 |
| Utilizar preservativo em todas as relações sexuais | 43 (31,4) | 23,5 – 39,3 |
| Cuidados de higiene bucal | 51 (37,2) | 29,0 – 45,4 |
| Manter carteira de vacinas em dia | 81 (59,1) | 50,8 – 67,5 |
| Recebimento das nove orientações | | |
| Nenhuma delas | 13 (9,5) | 4,5 – 14,5 |
| Todas | 9 (6,6) | 2,4 – 10,8 |
| Procedimentos de exame clínico realizados na UBSF | | |
| Verificação de peso | 118 (86,8) | 81,0 – 92,5 |
| Aferição de PA | 108 (78,8) | 71,9 – 85,8 |
| Consulta com dentista | 71 (51,8) | 43,4 – 60,3 |
| Teste rápido para IST* | 12 (8,8) | 4,0 – 13,6 |

*IST: Infecções Sexualmente transmissíveis.

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados mostram uma carência de ações educativas. Computando-se a somatória das nove orientações, apenas 6,6% dos entrevistados fizeram referência a terem recebido todas as recomendações de promoção da saúde e prevenção de doenças avaliadas. A maior prevalência encontrada foi de aconselhamento para a prática de AF (63,5%), achado superior às pesquisas realizadas por Siqueira et al (2009) (28,9% entre adultos) e Häfele & Siqueira (2017) (35,4% entre usuários de UBSF). Essa diferença nas prevalências poderia ser explicada por conhecimentos prévios da equipe dos benefícios da prática da AF para a saúde, que estão presentes nos protocolos para manejo de DCNT do MS. Em outro extremo, a orientação sobre o uso de preservativos nas relações sexuais foi a menos recebida, atingindo um terço da amostra (31,4%). Esse resultado foi inferior ao de pesquisa realizada para avaliar a prevalência de sífilis em uma população em situação de rua de São Paulo (Pinto et al, 2014). Em se tratando da prevenção para ISTs, os preservativos configuram-se como medida essencial para a prevenção do HIV e outras ISTs, além de serem também efetivos para evitar gestações não planejadas.

As proporções das orientações recebidas sobre a alimentação foram superiores às de um estudo de base nacional (Silva et al, 2013) e, apesar disso, enfatiza-se que os aconselhamentos para orientações alimentares ainda são pouco realizados. Orientações relativas aos malefícios do uso do álcool e do tabaco situaram-se abaixo das encontradas nos Estados Unidos em 2006 (Curry et al, 2008). A maioria (59,1%) dos usuários foi orientada para manter cartão de vacinas atualizado, porém apenas 17% dos entrevistados o possuíam. No contexto da saúde bucal, apesar da baixa cobertura de aconselhamento, pelo menos metade desses usuários (51,8%), conseguiu atendimento com o dentista no último ano. Segundo Lutfiyya et al (2019) existe uma estreita relação entre a saúde bucal e o desenvolvimento de patologias sistêmicas crônicas, entre elas as doenças cardiovasculares, depressão, asma e doença pulmonar crônica, o que ratifica a necessidade de processos de trabalho interprofissionais e colaborativos.

Em relação aos procedimentos de exame clínico realizados na UBSF, destaca-se que a verificação do peso e a aferição da pressão arterial estão presentes nesta realidade (86,8% e 78,8%, respectivamente), sendo estas práticas comuns da EqSF, especialmente em se tratando de uma amostra onde metade dos indivíduos possuíam HAS e/ou DM. Em relação ao rastreamento das IST, esta é uma temática

que precisa ser revista pela EqSF, pois a realização de testes **rápidos** para HIV, sífilis e as hepatites B e C foi o procedimento menos realizado, contrariando as recomendações das diretrizes nacionais para o manejo integral das IST onde uma das ações indicadas é a oferta de TR e consequente ampla testagem para toda a população brasileira sexualmente ativa (MS, 2018).

No subgrupo das mulheres em faixa etária reprodutiva (18-49 anos), 35% delas foi alguma vez orientada pela EqSF sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar; dentre as usuárias em faixa etária de risco para o câncer de colo uterino (25-64 anos), 76,3% foram aconselhadas a fazer o exame citopatológico e, dentre aquelas em idade de risco para o câncer de mama (50-69 anos), 67,2% foram orientadas a realizar mamografia. Cerca de 20% não estavam em dia com o exame citopatológico de colo uterino e 39% necessitavam realizar mamografia (Tabela 2). Portanto, considerando as recomendações do MS, os achados desta pesquisa indicam que é preciso ampliar as ações de orientação sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar, além de prevenção do câncer de mama e do colo uterino (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2017).

Tabela 2. Prevalência das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nos últimos 12 meses, para os grupos específicos.

| Grupo (n) e ações | N(%) | IC 95% |
|---|-----------|-------------|
| Mulheres de 18 a 49 anos (n=38) | | |
| Orientação sobre anticoncepção e planejamento familiar | 13 (35,1) | 18,0 – 51,3 |
| Mulheres de 25 a 64 anos (n=94) | | |
| Orientação para realizar citopatológico do colo uterino | 71 (76,3) | 67,5 – 85,1 |
| Citopatológico em dia | 84 (83,9) | 76,4 – 91,2 |
| Mulheres de 50 a 69 anos (n=66) | | |
| Orientação para realizar mamografia | 43 (67,2) | 55,4 – 79,0 |
| Mamografia em dia | 39 (60,9) | 48,7 – 73,2 |
| Idosos (n=32) | | |
| Orientações sobre prevenção de quedas | 5 (15,6) | 2,3 – 28,9 |

Fonte: Elaboração própria.

Entre os idosos, 15,6% haviam sido orientados sobre prevenção de quedas no último ano, um valor muito inferior aos 36% encontrados no estudo de Siqueira et al (2011). O aconselhamento para a prevenção de quedas é importante pelo fato de sabermos que existe relação entre quedas e fraturas e consequente necessidade de intervenção cirúrgica nos idosos (Siqueira et al, 2011).

Identifica-se que existe ainda um evidente descompasso entre a necessidade de cuidado nos serviços de saúde da APS e a sua capacidade em responder adequadamente às necessidades das pessoas. No presente estudo, a EqSF teve em média seis contatos no último ano com os usuários de psicotrópico e, portanto, oportunidades de oferecer ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Estas práticas precisam ser reforçadas em todos os momentos de contato com os usuários pois, apesar de apresentarem impactos significativos na saúde, em geral, não são percebidas como prioritárias por aquele que demanda um cuidado específico, como por exemplo a busca por uma receita. Segundo Carnut (2017), “pensar no cuidado como prática sanitária já é, em si, ter o outro como um todo”, o que remete à necessidade de reinvenção do processo de trabalho em saúde. Advoga-se, portanto, que o subfinanciamento dos serviços de APS, o subdimensionamento das EqSF e os processos de trabalhos compartimentalizados e não compartilhados são barreiras à integralidade (Giovannella & Mendonça, 2009; Mattos, 2009).

Entre as potencialidades deste estudo está a oportunidade de diagnóstico das ações realizadas pela EqSF, gerando reflexões para o planejamento do que precisa ser mantido e o que precisa ser ajustado, em busca da oferta de um cuidado mais integral, que recusa o reducionismo da realidade. Há a vantagem também de o estudo poder ser replicado em outras realidades, considerando a metodologia aplicada. Como limitação, existe a possibilidade de erro de recordatório, caso os respondentes não tenham se lembrado de algum aconselhamento recebido ou procedimento realizado, notadamente em função de seus agravos e dos efeitos da própria medicação. Além disso, a escolha intencional da UBSF, por ser o local de atuação laboral do autor principal do estudo, pode refletir parcialmente a realidade do cuidado integral do município.

Considerações finais

O estudo indica baixa prevalência de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças entre usuários de psicotrópicos. As orientações de educação em saúde precisam ser reforçadas em todos os contatos da população com o serviço de saúde, pois se caracterizam como ações de baixo custo para estimular o autocuidado e autonomia dos indivíduos (Schmidt et al, 2011).

Por fim, evidencia-se a necessidade de ajustes no processo de trabalho da equipe para que o aconselhamento e os procedimentos ofertados sejam ampliados e tornem-se mais efetivos.

Referências

- Almeida, P. F. et al. (2011). Atenção Primária Integral à Saúde – Indicadores para avaliação [Informe técnico]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica.
- Bond, C. et al. (2000). Repeat prescribing: a role for community pharmacists in controlling and monitoring repeat prescriptions. *British Journal of General Practice*, 50(453): 271-275.
- Borges, T. L. et al. (2015). Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 344-349. DOI: 10.1590/1982-0194201500058.
- Brandão, J. M. R. (2020). O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1413-1420. Epub April 06, 2020. DOI:10.1590/1413-81232020254.31802019.
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 41(115), p. 1177-1186 DOI: 10.1590/0103-1104201711515.
- Conill, E. M. (2004). Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Caderno de Saúde de Pública*, 20(5),1417-1423. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500038.
- Constituição Federal. (1988), Artigo 198. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.
- Curry, S. J. et al. (2008). The role of health care systems in increased tobacco cessation. *Annu Rev Public Health*, 29: 411-428.
- Ferreira et al. (2016). Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, 40(111), 179-192. DOI: 10.1590/0103-1104201611114.
- Franco, C. M. (2017). A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro.
- Giovannella, L. et al. (2002). Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação. *Saúde em Debate*; 26, 31-61.

- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2009). Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L., Nunan, B. A., & Almeida, P. F. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. (pp. 493-545). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Guibu et al. (2017). Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(Supl. 2), 17s. Epub 13 de novembro de 2017. DOI: 10.11606/s1518-8787.2017051007070
- Häfele, V., & Siqueira, F. (2017). Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 21(6), 581-592. DOI: 10.12820/rbafs.v.21n6p581-592
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2017). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA.
- Lutfiyya et al. (2019). Dental care utilization: examining the associations between health services deficits and not having a dental visit in past 12 months. *BMC Public Health*, 19:265. DOI: 10.1186/s12889-019-6590-y.
- Malta, D.C., et al. (2016). A cobertura da estratégia de Saúde da Família (eSF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):327-338.
- Matsudo, S. et al. (2001). Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 6(2), 5-18.
- Mattos, R. A. (2009). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. (pp. 493-545). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Ministério da Saúde. (2005). 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. (2011). Características dos Indicadores: Fichas de Qualificação: número de consultas (SUS) por habitantes – F.1. Secretaria de Atenção à Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e base demográfica do IBGE. Portal RIPSAs.
- Ministério da Saúde. (2016). Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde. (2018). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais Brasília. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília, DF: MS.
- Pinto V. M. et al. (2014). Prevalência de Sífilis e fatores associados à população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(2), 341-354. DOI:10.1590/1809-4503201400020005ENG.
- Portaria Nº 344, de 12 de maio de 1998 (1998) Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Seção I, 31 dez 1998.
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, n. 183, Seção 1, p. 68.
- Quintana, M. I., et al. (2013). Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. *PLoS One*, 8(5), e62270. DOI: 10.1371/journal.pone.0062270.
- Rocha, B. S. da, & Werlang, M. C. (2013). Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3291-3300. DOI:10.1590/S1413-81232013001100019
- Rodrigues, M. A. P. et al. (2006). Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 107-114. DOI:10.1590/S0034-89102006000100017.
- Schmidt et al. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, 61-73. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- Silva et al. (2013). Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: um estudo de base nacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(4), 995-1004. DOI:10.1590/S1415-790X2013000400019.
- Siqueira et al. (2009). Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 203-213. DOI:10.1590/S0102-311X2009000100022.
- Siqueira et al. (2011). Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(9), 1819-1826. DOI:10.1590/S0102-311X2011000900015.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária à Saúde Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Starfield B. (2009). Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. *Humanity & Society*, 33, 56-73.



ENFRENTANDO A LEI DOS CUIDADOS INVERSOS ATRAVÉS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES EM REDE INTERSETORIAL A PARTIR DE UM DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO

Helena Fernandes Ferraz
Maria Inez Padula Anderson

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), definida por atributos essenciais e derivados, difere de todos os outros níveis de atenção. Tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato (acesso), a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, e como atributos derivativos, de caráter estruturante, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (Starfield, 2004).

Para alcançar a implementação destes atributos, a APS, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), deve desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada, a partir de um conjunto de atividades e serviços para além da assistência médica, propriamente dita. Estes serviços devem ser estruturados tendo por base a identificação das necessidades da população, apreendidas em contato permanente com o território, a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde (Oliveira, & Pereira, 2013). Para tanto, é fundamental o conhecimento do território e o reconhecimento das necessidades de saúde em função do contexto físico, social, econômico e cultural.

A integralidade também é um dos atributos essenciais e um dos pilares na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e pressupõe uma abordagem que seja capaz de atuar sobre fatores e influenciadores do processo saúde-doença, incluindo necessariamente as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Uma vez que o processo saúde-doença é decorrente de múltiplos aspectos, atinente a diversos setores da sociedade, esta concepção de integralidade, implica na necessidade de implementar modos mais abrangentes

de intervir em saúde, exigindo e desafiando, também, a construção de ações intersetoriais (Oliveira, & Pereira, 2013).

Neste contexto, deve-se utilizar instrumentos e técnicas adequados à realização do Diagnóstico Comunitário, como por exemplo: a Estimativa Rápida Participativa (Kleba et al, 2015) e o Ecomapa Comunitário (Kaippert, 2017) visando a participação social e o reconhecimento da rede de apoio formal e informal existente na comunidade.

Cidadania, abordagem comunitária, trabalho intersetorial, Lei dos Cuidados Inversos e suas inter-relações

Dentre as ações de promoção e educação em saúde a serem realizadas pelas equipes de saúde da ESF, devem estar aquelas voltadas a promover a cidadania e a autonomia social, como: criar/fomentar o conselho gestor da unidade e realizar reuniões de rede e trabalho intersetorial de forma sistemática e regular, visando o empoderamento da população e o incremento da resolutividade no enfrentamento de problemas de saúde de natureza multidimensional, como são a maioria dos que ocorrem na APS.

Desta forma, destaca-se a importância de estar no território, buscando reconhecer as necessidades de saúde da comunidade de modo a limitar os efeitos da Lei dos Cuidados Inversos — um dos maiores desafios da ESF e do setor saúde de um modo geral. Tudor Hart, em 1971, alertou para o conceito da Lei dos Cuidados Inversos em saúde que demonstra que:

[...] a oferta de cuidados médicos de qualidade tende a variar em sentido inverso ao das necessidades em saúde da população servida e que os efeitos desta lei se acentuam onde os cuidados médicos estão mais expostos às forças de mercado, atenuando-se onde esta exposição é mais reduzida (p. 405).

Afirmava ainda que “deixar a distribuição de cuidados médicos fazer-se em função do mercado é socialmente primitivo, está historicamente ultrapassado e qualquer retorno a este cenário irá acentuar a má distribuição dos recursos médicos” (Hart, 1971, p. 405).

Outra forma de minimizar os efeitos da Lei dos Cuidados Inversos nas atividades e ações cotidianas é estar atento para o fato de que as pessoas que mais necessitam dos

cuidados em saúde são as que menos os demandam. Ou seja, a saúde precisa estar atenta ao território, alcançando essa população mais vulnerável e mais fragilizada, por meio de busca ativa, e assim buscar garantir, de fato, a equidade.

Esse trabalho, realizado no contexto do Mestrado Profissional em Saúde da Família, teve como objetivos principais: (a) relatar a experiência de um trabalho em rede intersetorial para enfrentamento e abordagem da violência estrutural em uma comunidade de elevada vulnerabilidade social, a partir de um diagnóstico comunitário realizado por uma Equipe da Estratégia Saúde da Família; (b) explorar a percepção das pessoas e profissionais envolvidos neste trabalho em rede intersetorial.

Metodologia

A metodologia utilizada é a de um relato de experiência, considerando que esta forma seria a mais adequada (UFJF, 2020) para descrever uma vivência profissional em duas áreas relevantes e pouco exploradas que são a da Abordagem Comunitária e da Violência Estrutural, contribuindo desta forma para o debate, a proposição de ideias com o objetivo de aprimorar o cuidado em saúde. O relato também permite explorar as motivações e as impressões trazidas pela experiência de quem participou delas.

O relato da abordagem comunitária e o planejamento de ações de saúde a ele subsequentes foram realizados a partir de reuniões de equipe para debater e refletir sobre o perfil da demanda e fatores associados às queixas apresentadas; entrevistas com pessoas / profissionais de saúde abordando, na visão dos mesmos, quais os principais problemas da comunidade; revisão do diagnóstico comunitário realizado na área há 3 anos. A partir destas informações, a equipe de Saúde da Família fez uma reanálise acerca dos problemas de saúde mais prevalentes da população adscrita e foram planejadas ações de saúde, utilizando-se, para tanto, de critérios para priorização que incluíram: a gravidade do problema, sua abrangência e a governabilidade da equipe sobre as propostas de solução/ encaminhamento para os mesmos.

Neste sentido, identificou-se que a violência estrutural era um grave problema da população adscrita e que a equipe, em atuação intersetorial, poderia implementar atividades e executar ações visando seu enfrentamento. Desta forma,

foram iniciadas diferentes ações de caráter coletivo e intersetorial, sendo colhidos a seguir relatos sobre a experiência através de entrevistas semiestruturadas aplicadas a 12 pessoas envolvidas com estas ações, sendo dois agentes comunitários de saúde, um coordenador de saúde, uma médica, três moradores do território, uma técnica de enfermagem, um profissional do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), uma professora da Escola Municipal Bombeiro Geraldo Dias, uma representante da comissão em defesa dos diretores humanos e um representante da rádio comunitária local.

Nas entrevistas semiestruturadas, quatro perguntas abertas exploraram as percepções dos profissionais e membros da comunidade envolvidos no planejamento e execução de um conjunto de ações intersetoriais para o enfrentamento da violência em uma comunidade vulnerável na cidade do Rio de Janeiro. Explorou-se, inicialmente, quais as percepções destes sobre a violência no Brasil, no estado e no município do Rio de Janeiro, e sua relação com a desigualdade social e seus impactos na saúde. A seguir, buscou-se explorar suas percepções sobre as ações realizadas no período de março de 2016 a dezembro de 2018, bem como seus resultados.

Após a transcrição, pela própria pesquisadora, médica da Estratégia Saúde da Família da equipe em questão, seguiu-se a análise de conteúdo, na qual as perguntas da entrevista foram consideradas as categorias preliminares de análise.

A realização do relato de experiência e das entrevistas teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro com o número 0381118.0.0000.5259. Todos os entrevistados aceitaram participar da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Serão destacados os aspectos da abordagem comunitária, o planejamento de ações; as estratégias e as atividades locais e intersetoriais levadas a cabo para lidar com os problemas de saúde identificados, seja junto às pessoas, famílias e à própria comunidade. Serão destacados ainda depoimentos de profissionais que participaram das ações.

Diagnóstico comunitário da comunidade do Salgueiro

A comunidade do Salgueiro situa-se no bairro da Tijuca, zona Norte do Rio de Janeiro. Em março de 2016, a Equipe do Salgueiro do Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão era formada por dois médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde e uma Preceptora do PRMFC. A agenda da equipe era estruturada a partir do acesso avançado, ou seja, uma pessoa que chegasse à unidade demandando o serviço de saúde por qualquer motivo teria sua demanda atendida no próprio dia ou em até 48 horas, sendo a equipe do Salgueiro a mais demandada na unidade com cerca de mil atendimentos mensais.

Neste contexto, a equipe pôde observar que, nos dias que sucediam confrontos entre polícia e tráfico, ou um dia de tiroteio, ou uma busca e apreensão pela polícia na comunidade, o número de demandas espontâneas aumentava muito, sobretudo pela agudização de doenças crônicas – como picos hipertensivos em pacientes hipertensos - além de ansiedade ou “demandas ocultas” (aquelas que se escondem por trás de sintomas inespecíficos).

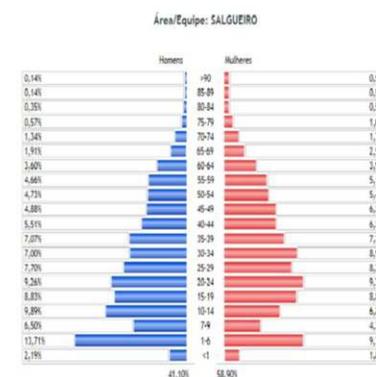
A partir da observação de tais cenários, a equipe passou a discutir a influência que a violência teria na saúde das pessoas e na própria comunidade e, como seria possível realizar ações de saúde visando atuar nesse contexto de violência, buscando influenciar positivamente no processo de adoecimento.

O primeiro passo foi resgatar o diagnóstico comunitário que havia sido realizado pela Equipe em 2015. Para tanto, havia sido realizada a Estimativa Rápida Participativa (ERP) - que é também, uma ferramenta para conhecimento do território. Através da realização da ERP, foi possível à equipe de saúde conhecer melhor a comunidade na qual atuava. Alguns dados e informações obtidas através deste diagnóstico são descritos a seguir.

A comunidade do Salgueiro abrigava, à época, mais de 4.000 moradores, de acordo com a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) da região. Esta comunidade teve origem em 1920, constituída por escravos vindos principalmente das fazendas do Alto da Boa Vista, no Rio de Janeiro.

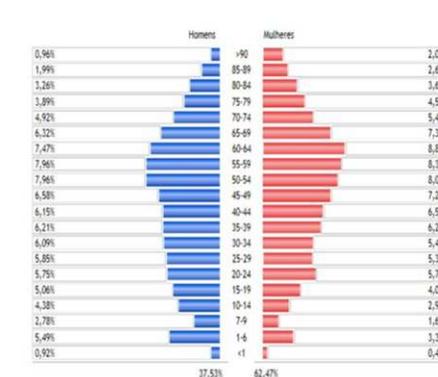
Como outras comunidades vulneráveis da cidade, o Salgueiro é o retrato da desigualdade social no Estado. Abaixo as pirâmides etárias do Salgueiro em comparação com as outras equipes do centro de saúde (equipes majoritariamente de asfalto). A base da pirâmide da Comunidade é alargada, demonstrando uma população majoritariamente jovem com taxa de natalidade alta e com menor condição de envelhecimento, enquanto na população do asfalto da Tijuca a pirâmide começa a se inverter, com população jovem já igualando ao envelhecimento (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1. Equipe Área Salgueiro



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 2. Equipes de Asfalto



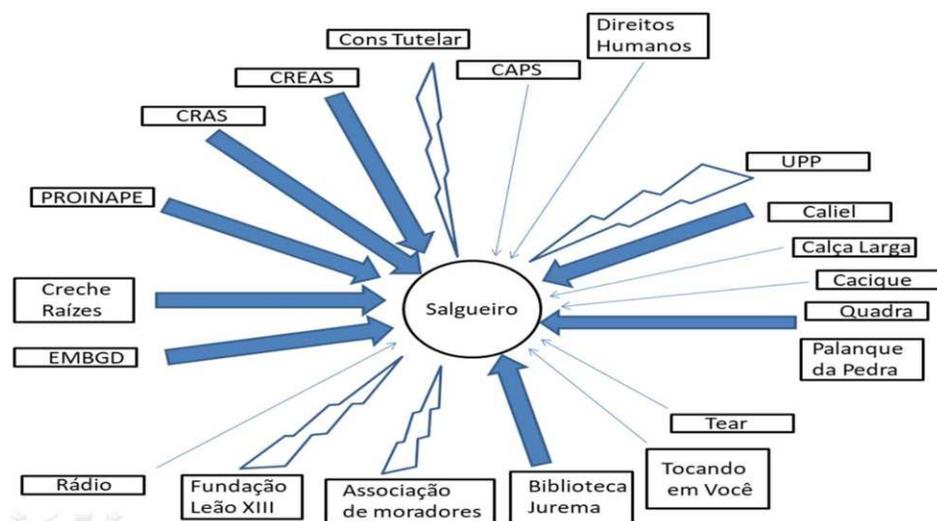
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Porém, este retrato ainda não identificaria toda a desigualdade existente uma vez que havia, no interior da própria comunidade, dentre as cinco microáreas em que a população adscrita estava subdividida, uma discrepância social que somente o diagnóstico comunitário foi capaz de identificar. Avaliando os dados da ficha A (ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB -), de acompanhamento dos pacientes pelos Agentes Comunitários de Saúde) e comparando essas microáreas, foi constatado que na área 5 mais de 90% da população tinha renda acima de 1 salário-mínimo, sendo 40% de 2-3 salários-mínimos, enquanto na área 1, praticamente metade da população (49%) recebia menos de meio salário-mínimo. Nessa área mais pobre do morro, onde moram cerca de 120 famílias, totalizando por volta de 500 pessoas, aproximadamente 30% das casas não têm serviços básicos como luz, água encanada ou rede de esgoto (Ficha A).

Reconhecendo as redes de apoio da comunidade

Durante o diagnóstico comunitário, e com o objetivo de planejar ações de saúde adequadas à realidade, iniciou-se o processo de identificação da rede setorial e intersetorial. Neste aspecto, se tornou imprescindível a construção do Ecomapa Comunitário com o reconhecimento da rede de apoio socioeducacional e cultural da comunidade, não só das instituições já reconhecidas anteriormente, mas também daquelas passíveis de criação de vínculo e apoio. Foram identificadas as seguintes redes de apoio desenhadas no Ecomapa comunitário (Kaippert, 2017) conforme a Figura 1:

Figura 1. Redes de apoio.



Fonte: Elaboração própria.

A Escola Municipal Bombeiro Geraldo Dias (EMBGD) desde 2016 conta com o Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas (PROINAPE), por ter sido uma das 2 piores escolas na classificação do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica da grande Tijuca (Rio de Janeiro, 2009).

Como serviços sociais presentes no bairro, o Salgueiro conta também com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e o Conselho Tutelar. Além disso,

conta com o apoio de algumas organizações não governamentais que realizam trabalhos esporádicos na comunidade.

O CRAS é uma importante rede de apoio da comunidade. Representa a principal estrutura física local para a proteção social básica, desempenhando papel central no território, tendo como função exclusiva a oferta pública de trabalho social com famílias por meio do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF). Além disso, é responsável pela gestão territorial da rede socioassistencial de proteção social básica.

A partir do momento em que há qualquer tipo de violação de direito, há a intervenção do CREAS, uma unidade pública que oferece serviço especializado e continuado a famílias e indivíduos (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, mulheres) em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas etc.

Junto ao CREAS trabalha o Conselho Tutelar que, apesar de sempre presente na rotina da comunidade, sempre foi visto como órgão punitivo e como motivo de preocupação pela comunidade. Porém, é importante entender seu papel como fiscalizador e zelador dos direitos da criança e do adolescente e o potencial de contribuir para mudanças profundas no atendimento à infância e adolescência.

Para acesso à rede de saúde a população conta com o Centros Municipais de Saúde (CMS) - Heitor Beltrão (nossa unidade de atuação), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Tijuca e alguns hospitais de urgência que eram referência de atendimento e são cada vez menos demandados, como Hospital do Andaraí.

Trabalho intersetorial

Após mapear a rede de apoio, a equipe do Salgueiro inicia as ações para construção do trabalho intersetorial, inicialmente com a EMBGD, o PROINAPE e o CRAS. Para tanto foi organizada uma reunião da rede intersetorial. Nesses encontros foram apresentadas as intenções de trabalho e a proposta de que cada setor ali presente pudesse identificar os casos mais complexos/vulneráveis da comunidade. A partir de então, 16 casos passaram a ser estudados e trabalhados conjuntamente.

No início de 2017, expandimos nossos encontros, ampliando as instituições participantes da rede, com estudo e proposta de ações para toda a comunidade. Neste momento, além dos setores acima relacionados, contou-se com a adesão do CREAS, do Conselho Tutelar e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da Comissão em Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania, da Comissão em Defesa dos Direitos da Mulher da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), Rádio Comunitária, Padaria Caliel, Caxambu do Salgueiro e Escola de Futebol Lelello, totalizando uma rede de mais de 10 entidades/instituições. A seguir, o relato de um dos profissionais participantes que espelha um pouco do alcance e do cotidiano deste trabalho em rede:

Então chegava o encaminhamento, vamos ver como essa criança tá na escola, como está na saúde, e isso a gente conseguia sem problemas, porque a gente também conseguiu imprimir um olhar diferente nesses outros espaços, o trabalho intersetorial foi importante porque cada um estava no seu gueto, educação, saúde, assistência, na medida em que você olha, senta e fala de um olhar e tem uma troca de conhecimento e tem o acolhimento de outros profissionais acho que isso ampliou, a gente conseguiu muita coisa com essa forma de escuta e esclarecimento. (E8).

Iniciando os grupos de apoio comunitário

O contexto de violência vivenciado pela comunidade exigia uma atuação integral. Como lidar em cenário tão complexo de desigualdade e violência? A partir de tais questionamentos, a equipe inicia reflexões sobre as demandas da população e aquelas advindas da própria rede. Neste contexto, são planejadas e desenvolvidas novas ações de saúde, descritas a seguir:

Grupo “Paz e Filhos”

A proposta do grupo foi articulada a partir de grande demanda da escola da comunidade de encaminhamentos de saúde mental para seus alunos. Foi realizada então, uma aproximação com a direção, nas reuniões intersetoriais, para entender a dinâmica da escola, percebendo em conjunto, saúde, educação e assistência social, a necessidade de ouvir as famílias, que muitas vezes se colocavam afastadas da escola.

Foi criado então o Grupo de Pais “Paz e Filhos”, em outubro de 2016. Um grupo de promoção à saúde dirigido aos cuidadores, responsáveis pelas crianças, e pelas próprias crianças da escola, de periodicidade quinzenal. Nesse grupo, ao serem ouvidos os responsáveis, foi percebido que essas famílias sofriam violências diariamente. Eram vítimas de racismo, falta de saneamento, ausência paterna ou materna, agressão física e emocional pela polícia, em suma, uma série de violências praticadas cotidianamente e absorvidas por aquelas crianças. Abaixo um depoimento sobre as atividades e o potencial de ação deste grupo no relato de um dos profissionais participantes:

Temos os grupos na escola como o Paz e Filhos, que vieram mediante demandas, de queixas dos alunos, e com esse trabalho de rede que a gente tem, com Conselho Tutelar, a escola, o CRAS, o CREAS, a gente tem conseguido fechar bastante, ficar bem fechadinho e trazer bons resultados. Tem o mulecagem também, que é um grupo na escola. (E3).

Grupo “entre muros”

Através de outro depoimento durante as atividades do grupo Paz e Filhos, uma mãe relatou que depois que seu marido foi preso e ninguém mais a ajudou, teve que assumir sozinha a criação de seus quatro filhos, para os quais a escola solicitava “diagnósticos” por causa da agitação. Identificou-se que muitas daquelas crianças agitadas, agressivas ou apáticas, estavam passando ou já tinham passado por afastamento parental após cárcere de seus pais. Com essa mesma mãe foi iniciado o grupo “Entre Muros”, dirigido para mães e esposas de homens em cárcere, um grupo também quinzenal, onde ficou evidenciada a violência contra essas mulheres. Violência traduzida em preconceito, solidão no cuidado com seus filhos, pela polícia nas visitas e na insegurança de um julgamento justo contra homens negros e da favela. Abaixo, um depoimento sobre esta violência na voz de um profissional, no caso um gestor de saúde:

O Entremuros que trabalha com mães e mulheres de pessoas privadas de liberdade. Que são pessoas que sofrem essa violência [...] E são pessoas que provavelmente demandam muito dessas pessoas que estão aqui, as mães, as mulheres que vão lá fazer a visita aos companheiros. São pessoas muito violentadas lá dentro. Não é só a privação de liberdade, é privação de tudo, de

todos os direitos. É um local em que o direito some. [...] E discute, justamente, a questão da violência, mesmo indiretamente e isso, de alguma maneira, traz mais uma ferramenta para elas lidarem com o dia a dia. (E4).

Grupo “Mulecagem”

Verificou-se que as crianças, elas mesmas, também precisavam ser ouvidas diretamente, ser sentidas, além da necessidade de realizarem trocas com outras crianças. Com este objetivo surge, em fevereiro de 2017, o grupo “Mulecagem” para as 20 crianças em situação de maior risco e vulnerabilidade, realizado na própria escola, quinzenalmente. Para realizar este desafiante grupo, houve necessidade de estudo e aprendizado por parte dos profissionais da equipe. Um pouco do espírito do grupo pode ser sentido no relato abaixo, de uma professora da escola:

E com as crianças havia o grupo da molecagem, né? que foi assim que denominaram, né? Porque as crianças são moleques, né? E adoram uma brincadeira. Então eles tentaram fazer, assim, dinâmicas que as crianças pudessem ficar à vontade e eles observassem. [...] e nesse grupo vinham sempre, vinha uma equipe boa, né? Médico, psicólogo, enfermeiro, né? assistente e que ajudavam a fazer esse trabalho e acho que era o momento também de a criança se expor ali de ficar bem à vontade e nessa observação por parte da saúde com a nossa, também, com as nossas dicas, eles podiam ver mais de perto, né? Como aquela criança estava sendo, se comportando, né? (E6).

Combatendo a iniquidade e revertendo a Lei dos Cuidados Inverso

Como descrito anteriormente, foi identificada uma área dentro da comunidade extremamente vulnerável (área 01) que estava afastada dos serviços de saúde devido a baixa demanda e não realização de busca ativa pela equipe. Apesar de não demandar, a necessidade dessa população era evidente, o que ficou claro quando casos graves de doenças crônicas agudizadas começaram a chegar à unidade, casos estes que poderiam ser prevenidos se acompanhados regularmente pela equipe de saúde.

A partir de propostas de ações de enfrentamento para a Lei dos Cuidados Inversos e garantia da equidade em saúde, foi realizado mutirão de reconhecimento e cadastramento no território, e criados dois postos de atendimento avançado dentro da própria comunidade, sendo um entre a parte

alta e a parte baixa, na Padaria do Caliel, e o outro dentro da Área 01 como colocam 2 entrevistados:

Na área 01, uma área mais vulnerável do nosso território e que são as pessoas que menos procuram a clínica, então a gente decidiu montar um atendimento nessa área e o atendimento na padaria Caliel, que está dando muito certo. (E3).

A equipe tem consultório avançado na comunidade que, em pouco tempo, teve um reconhecimento popular muito grande. Ter um turno de atendimento dentro da comunidade, isso faz toda a diferença. Tem gente que não viria aqui e vai lá. (E4).

Outras ações extramuros pensando no empoderamento social, na promoção da resiliência e na conquista de direitos sociais

A falta de informação adequada pode ser um dos fatores que alimentam a Lei dos Cuidados Inversos. Visando o empoderamento social com base na informação e participação social, iniciou-se um projeto que fomentasse o reconhecimento e garantia de direitos por parte da população. Foram realizadas então algumas ações nesta perspectiva.

A primeira ação foi em 2016, na Praça Sáenz Peña, em comemoração ao aniversário da Tijuca, quando foi solicitada uma ação da unidade e foi realizado um grande ato com o Caxambu do Salgueiro e as mulheres do “Entre Muros”. O objetivo central foi mostrar que a favela Salgueiro faz parte da Tijuca e tem os mesmos direitos de ocupar o território.

Em setembro de 2017, foi realizado um grande dia de atividades e rodas de conversas: o “Ocupa Direitos Humanos – Salgueiro”. O objetivo foi o reconhecimento de direitos, contando com a participação de toda a rede apoio da Comunidade, tendo sido coletadas denúncias de violência em todas as esferas e iniciado o conselho gestor da comunidade.

Em maio de 2018, novamente o Salgueiro ocupa a Praça Sáenz Peña para dizer “Nossas Vidas Importam”, após uma série de homicídios praticados por agentes do Estado.

[...] O ocupa direitos humanos lá com vocês, que foi importantíssimo, levar o trabalho junto com a comissão da mulher, da câmara municipal, pra apresentar ao território que existem serviços que podem auxiliar nesse sentido, que tem lugares que as pessoas podem reivindicar os seus direitos, fazer denúncias e a partir daí ter amenizado seu sofrimento. [...] A gente fez um trabalho na Praça Sáenz Peña, Nossas Vidas Importam, com as crianças, que foi lindo também, foi importante ocupar a Praça Sáenz Peña, é isso, a favela faz parte da cidade, ela precisa ocupar a cidade. (E9).

Reflexões sobre o trabalho intersetorial

Como parte dos resultados avaliamos importante trazer relatos dos profissionais e pessoas das redes intersetoriais que estiveram envolvidas com as ações relacionadas acima.

Acho que o impacto de transformação que essas equipes de vocês de SF causaram foi muito grande. Quando eu fazia visita com vocês ao longo do trabalho eu vi as crianças reconhecendo vocês, é alguém que olha, e algumas famílias a gente sabia que não tinha o menor afeto, e esse olhar e esse tocar faz toda a diferença. Então o cuidado, o cuidado verdadeiro, eu acho que veio com a estratégia, na medida em que se olha o todo, que é uma coisa bem diferente do tratamento mais ambulatorial, do especialismo, que olha a pessoa por parte. (E8).

A comunidade reconhece muito a equipe do Salgueiro porque a equipe do Salgueiro está no Salgueiro e isso faz muita diferença. Não é uma equipe do posto. Não é o Heitor Beltrão, é a equipe Salgueiro. A equipe tá lá. [...] Eu acho que a Saúde da família tem que realmente começar a fazer o que fazia antes. Sair de onde está e chegar onde precisa. Acho que a equipe Salgueiro tem dado uma aula de saúde da família, de apropriação do território. Conhece o território epidemiologicamente, tem uma competência cultural fantástica. (E4).

Primeiro vocês viram referência, as pessoas não se sentem mais a sós. E a saúde, eu costumo dizer a saúde e assistência social, mas a saúde principalmente, ela consegue chegar a pontos do território que nenhum outro serviço chega, então as pessoas têm vocês de referência de auxílio para reivindicação de direitos, ou para vocês dizerem que aquilo é um direito. (E9).

Durante esses encontros com a população e com a rede de apoio evidenciava-se que as pessoas mais vulneráveis eram violentadas das mais diversas formas, todos os dias, pelo Estado, pela polícia e pela falta de acesso aos seus direitos sociais.

Essa violência é a violência estrutural, descrita por Minayo no livro “Violência e Saúde” (2006) como aquela praticada pelo sistema em que vivemos, decorrentes do cenário econômico, político e cultural, que oprime grupos e indivíduos, principalmente aqueles de classes sociais mais baixas, praticada através da redução de acesso a estrutura social que garanta o pleno desenvolvimento humano.

Considerações finais

A Abordagem Comunitária pode potencializar e facilitar o acesso aos serviços de saúde, constituindo uma ferramenta de grande relevância e que deve ser entendida como uma conquista, especialmente para as populações mais vulneráveis. O diagnóstico comunitário, parte intrínseca da Abordagem Comunitária, deve ser realizado para identificar e individualizar, em uma comunidade específica, fatores de risco, mas também de promoção e proteção à saúde. Este diagnóstico, em última e principal instância, deve servir de base para as ações de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, seja no plano individual, familiar e comunitário, bem como no nível da promoção, educação, assistência e recuperação da saúde.

Entretanto para o enfrentamento de desafios de toda ordem colocados para a saúde pública, especialmente para o enfrentamento da violência, das doenças crônicas não transmissíveis, doenças infectocontagiosas, envelhecimento da população, enfim, as questões de saúde próprias das sociedades modernas, o trabalho intersetorial constitui uma importante e fundamental ferramenta. Neste contexto, novas ações e práticas são necessárias para desenvolver uma cultura de trabalho intersetorial, rompendo barreiras que dificultam ou impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método.

Este trabalho demonstra que, através da APS, com base na Abordagem Comunitária, no Diagnóstico Comunitário e da construção de um trabalho em rede, é possível desenvolver ações de potencial impacto para o enfrentamento da Lei dos Cuidados Inversos e alcançar mais equidade em saúde.



Referências

- Almeida, A. M. R. (2008). A intersetorialidade e a Estratégia Saúde da Família: desafios da relação entre o discurso e a prática. [Manuscrito]. Belo Horizonte.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm >. Acesso em: 06 set. 2018.
- Kaippert, I. (2017). Ecomapa Comunitário: proposta de ferramenta na organização do trabalho das equipes na identificação dos recursos territorializados para ações de promoção da saúde e intersetorialidade. 2017. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária a Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Kleba, M. E. et al. (2015). Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. Revista Grifos, v. 24, n. 38/39, p. 159-177.
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. The Lancet, v. 1, n. 7696, p. 405-12, 27 feb.
- Minayo, M. C. S. (2006). Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Oliveira, M. A. C.; & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 66, n. spe., set.
- Rio de Janeiro. (2009). Secretaria Municipal de Educação. Portaria E/SUBE/CED nº 4, de 10 de dezembro de 2009. Estabelece as orientações para a estruturação do Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas Municipais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.
- Starfield, B. (2004). Atenção primária, equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde. 726p.
- Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências da Vida, Departamento de Nutrição. Instrutivo para Elaboração de Relato de Experiência. Disponível em <https://www.ufjf.br/nutricaoov/files/2016/03/Orienta%C3%A7%C3%B5es-Elabora%C3%A7%C3%A3o-de-Relato-de-Experi%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acessado em: 27 de dezembro de 2020.

PROJETO DE CONSCIENTIZAÇÃO DA SAÚDE DE TRABALHADORES RURAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Vinicius Mariano Aguiar
Fabrícia de Oliveira e Silva
Fábio Ferreira Amorim

Introdução

Os trabalhadores estão predispostos a doenças que acometem toda a população, que são agravadas pelos fatores do ambiente laboral ou que somente se desenvolvem naqueles trabalhadores que exercem determinados ofícios (Dias, 2006; Schilling, 1984).

No campo, a mecanização, o uso da agroquímica, com introdução de agrotóxicos e fertilizantes e uso da biotecnologia, fez com que a produção e o trabalho avançassem. Entretanto, essa modernização do trabalho no campo acarretou diversos efeitos negativos, como a contaminação de rios e lagos, o desmatamento e a diminuição da qualidade da saúde do trabalhador.

Nesse contexto, deve-se ter ciência de que é preciso analisar todos os riscos que eventualmente possam trazer problemas a saúde do trabalhador rural. Para que assim seja possível eliminar os fatores com alta probabilidade de tencionar doenças ocupacionais ou agravar quadros clínicos existentes.

Referencial teórico

As condições do trabalho e a saúde do trabalhador rural constituem importante tema para pesquisa na área das ciências da saúde e social. Isto porque existem idiosincrasias epidemiológicas em relação aos trabalhadores da área urbana em comparação aos trabalhadores da agricultura familiar. Essas especificidades estão relacionadas ao ambiente rural, ao descompasso entre o grau de escolarização do trabalhador rural no que se refere aos avanços tecnológicos da agroindústria e da própria agricultura familiar, no uso de agrotóxicos, na exposição maior e mais intensa a poeira, ao sol, as configurações do tempo de trabalho, com jornadas mais fatigantes e não recomendada pela Saúde pública.

Assim, agricultura familiar pode ser definida como o estabelecimento que atende os requisitos seguintes: não possuir uma área maior que quatro módulos fiscais, utilizar predominantemente mão de obra familiar, ter a renda familiar predominante da agricultura e o estabelecimento ser dirigido em conjunto com a família (Lei n. 11.3326, 2006). Também parte significativa da chamada agricultura familiar teve implementação de novas tecnologias, indo cada vez mais em direção a um mercado de competitividade e de profissionalização. Porém, junto a esse desenvolvimento tecnológico, vieram também agravos para a saúde como introdução de máquinas de trituração de ração com ruído elevado e uso de agrotóxicos mais eficientes para produção, mas nocivos para a saúde, além de acidentes com uso de ferramentas e máquinas, dentre outros agravos à saúde (Gehlen, 2004; Pires, Caldas, & Recena, 2005). Ademais, o ritmo intenso do trabalho e a exposição mais intensa à poeira e ao sol, como na lavoura da cana, por exemplo, causam diversos danos para a saúde, como lesões por esforços repetitivos e lesões de pele. Tudo isso somado a transtornos mentais, consumo de bebidas alcoólicas e a dificuldade de assistência à saúde devido aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e hospitais serem em grande parte distantes do campo (Silva, Nonato-Silva, Faria, & Pinheiro, 2005; Rocha et al, 2015; Beck, Amorim, & Fraga-Maia, 2016; Hayashide et al, 2010; Ferraz, Trindade, Bevilacqua, & Santer, 2014).

Nesse contexto, o vínculo causal entre o trabalho e o adoecimento individual ou coletivo, seja este adoecimento já instalado ou potencial, é um ponto fundamental nos trabalhos dos profissionais de saúde e das preocupações governamentais em relação à Saúde do Trabalhador (Brasil, 2001; Bahia, 2014). Logo, é importante, portanto, delimitar os principais fatores que interferem na saúde do trabalhador agrícola, por parte dos profissionais e das Instituições de saúde pública no Brasil.

Assim, o trabalhador da agricultura familiar brasileiro está exposto a um conjunto singular de fatores de risco e agravantes para saúde, fatores que precisam ser compreendidos pelo governo para que as políticas de saúde pública possam ser de fato mais eficazes nivelando os cuidados com o campo no mesmo patamar dos cuidados no ambiente urbano. Compreender, mesmo que de forma sucinta, a situação da saúde do trabalhador rural no Brasil do ponto de vista histórico e mais abrangente, é uma contribuição de grande utilidade para quaisquer pesquisas

sobre saúde do trabalhador no campo. Assim, o trabalho que se segue buscou discutir um projeto de intervenção realizado com trabalhadores rurais em um município do interior do Estado de Goiás.

Métodos

O presente estudo foi desenvolvido junto à população rural dos assentados da reforma agrária e trabalhadores rurais autônomos da agricultura familiar atendidos na APS de Cabeceiras, município localizado no Nordeste de Goiás, na divisa com Minas Gerais, sendo considerada a região mais pobre do estado (Campos, 2019). Não sendo necessário então aprovação de comitê de ética.

Em um primeiro momento, buscou-se identificar os principais agravos relacionados ao trabalho rural no banco de dados do e-SUS Atenção Básica do município de Cabeceiras, Goiás, no período de novembro de 2018 a outubro de 2019, de forma a delimitar a situação geral da saúde do trabalhador rural, discutindo pontos como os problemas de saúde que são tencionados pelas singularidades do ambiente, os avanços tecnológicos do trabalho rural e o uso de ferramentas e maquinários, cujo uso inadequado favorece o surgimento de problemas de saúde, tendo como referencial de Testa (Testa, 1987, 1992) e o Planejamento Estratégico Situacional proposto por Matus (Matus, 1982, 1994), fugindo do determinismo e da estaticidade dos problemas.

Finalmente, foram desenvolvidas propostas de planos de intervenção com a formulação de um Programa de Vigilância à Saúde do Trabalhador (PVST), direcionado aos trabalhadores da agricultura familiar, e uma cartilha de conscientização.

Ao contrário dos trabalhadores da agricultura familiar, os trabalhadores das grandes empresas da região são assistidos por um Programa de Gestão Médica e Saúde Ocupacional (PCMSO), sendo obrigatória a avaliação médica periódica e realização de exames para acompanhamento e prevenção doenças ocupacionais. Dessa forma, o PVST foi construído tendo como base as normativas da NR-7 (Guia Trabalhista, 2019) de forma a ofertar um programa de prevenção a agravos associados ao trabalho para trabalhadores da agricultura familiar de forma semelhante ao desenvolvido pelo PCMSO para trabalhadores que possuem carteira assinada.

Já a cartilha, como sabemos, trata-se de uma espécie de manual de saúde simplificado, sendo capazes de trazer resultados expressivos. Portanto, para montar a cartilha para o projeto de intervenção aqui construído foram usadas as bases teóricas de Paulo Freire e sua pedagogia socioconstrutivista. Sua construção envolve conhecimento científico, mas também trabalho em equipe com profissionais de diversas áreas, tais como profissionais de diagramação, publicidade e design, técnicos de enfermagem, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros. Além da utilização de uma linguagem coloquial baseada em ferramentas pedagógicas e conhecimentos da linguagem do trabalhador rural da agricultura familiar.

Resultados e discussão

A análise da saúde dos trabalhadores rurais da agricultura familiar é um componente do processo de planejamento de ações de saúde e do próprio processo de monitoramento. Para permitir a fiscalização contínua e sistemática da saúde, ela deve ser claramente integrada a todas as áreas de monitoramento desde a atmosfera da saúde até a ambiental. Deve-se, portanto analisar o status de enfermidades de uma população específica na área. É indispensável o conhecimento do perfil sociodemográfico da população que será assistida pelo programa que se pretende implantar (Bahia, 2014). Em relação ao levantamento da ocorrência de doenças relacionadas com o trabalho na agricultura familiar, foram encontrados poucos registros de doenças ocupacionais no banco de dados do e-SUS Atenção Primária do município. Como não são adotadas medidas sistematizadas de prevenção ou rastreio dessas condições, pode-se inferir que esse aspecto da atenção à saúde encontra-se deficiente para o trabalhador da agricultura familiar, assim como ocorre no restante do país. As principais doenças relacionadas ao trabalho observadas foram câncer de pele, perda auditiva induzida pelo ruído, doenças musculoesqueléticas, doenças respiratórias (asma ocupacional e pneumonites por hipersensibilização), acidentes com animais peçonhentos e intoxicação por agrotóxicos (quadro 1).

Quadro 1. Principais doenças relacionadas com o trabalho na agricultura familiar no banco de dados do e-SUS Atenção Básica, novembro de 2018 a outubro de 2019, Cabeceiras, Goiás.

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Câncer de pele (Exposição a radiações solares por longos períodos sem uso de equipamento de proteção individual – protetor solar). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Perda auditiva induzida por ruído (exposição a ruído). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Degeneração dos discos intervertebrais (risco ergonômico e fibração). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Doenças musculoesqueléticas (tendinite do supraespinhoso) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Asma ocupacional e as pneumonites por hipersensibilização (exposição a partículas de grãos, ácaros, pólen, detritos de origem animal, componentes de células de bactérias e fungos etc.). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acidentes com animais peçonhentos. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação por agrotóxicos. |

Fonte: e-SUS.

Um aspecto a ser considerado é a exposição excessiva à radiação ultravioleta, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de câncer de pele (INCA, 2016). A exposição dos trabalhadores rurais não é apenas mais intensa, como também é mais demorada (Hayashide et al, 2010). Isso torna mais fácil que os trabalhadores da agricultura familiar sejam os que aparentam ter mais idade, haja vista o maior tempo de exposição: cerca de 60 anos (Borsato & Nunes, 2009; Hayashide et al, 2010).

Outro aspecto a ser considerado é que a demanda por produção crescente na área rural, ligada a avanços no ramo da química voltados para venenos como pesticidas e praguicidas, tornou possível que os agrotóxicos e seu uso se expandissem por todo o Brasil, sendo usado nas colheitas e nos alimentos que advêm dela. Assim, Faria, Facchini, Fassa e Tomasi (2000), em estudo com mais de 1.400 trabalhadores em dois municípios do Rio Grande do Sul, constataram que quase 100% das produções fazem uso de pesticidas de forma irregular.

Para além de todos esses problemas supracitados, pode-se destacar que há uma prevalência maior de doenças musculares e esqueléticas nos trabalhadores

rurais. As atividades no campo, tais como colheita, preparação do solo e plantio, são intensas e contínuas, além de repetitivas, exigindo posturas prejudiciais à saúde. Estas situações expõem o trabalhador aos desgastes musculares, aumentando o risco de lesões e condições graves, como distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e lesões por esforço repetitivo (Rocha et al, 2015). Ferraz, Trindade, Bevilaqua e Santer (2013) mostraram que em relação às principais queixas realizadas por trabalhadores rurais em Santa Catarina, cerca de 40% estão ligadas a doenças do tecido conjuntivo e osteomusculares, sendo que lombalgia é a terceira condição mais comum, perdendo apenas para diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, o que mostra sua elevada prevalência em trabalhadores rurais.

A resolução de um problema depende de seu correto entendimento e da formulação de um modelo adequado para interpretá-lo. Do contrário, arrisca-se a tratar apenas os sintomas, sem erradicar as suas causas, ou resolvê-lo apenas parcialmente. Tudo isso pode significar um enorme desperdício de tempo e de recursos. Problemas não resolvidos no momento adequado podem agravar-se gerando crises que passam a exigir providências urgentes. Em consequência, muitos gestores da saúde passam a maior parte do tempo cuidando dessas urgências, sem que o problema real seja solucionado.

Uma contribuição muito interessante sob o ponto de vista de uma medicina ligada aos imperativos democráticos e da cidadania é a de Mário Testa (Testa, 1987, 1992). Sua contribuição, em linhas gerais, foi a de perceber o pensar estratégico enquanto reflexão que resulta das experiências. O planejamento de saúde não é instrumentalizado como um conjunto ordenado de procedimentos e técnicas, mas sim como um modo de entender as situações-problema de saúde. Suas propostas centrais para o planejamento estratégico em saúde podem ser resumidas em três: diagnóstico situacional, poder e postulado de coerência (Testa, 1987, 1992; Ahumada et al, 1965)

O diagnóstico situacional é indispensável dentro dessa proposta. O cerne do problema da estratégia é a questão do poder. A estratégia seria, assim, uma implementação da política. O autor chegou a fazer uma hierarquização dos tipos de poder: administrativo (organização dos recursos), técnico (uso de conhecimentos e tecnologias) e político (defesa dos interesses dentro da saúde). O postulado de coerência foi construído por Testa (1992) onde se representa as relações entre as propostas políticas dentro de um projeto onde os propósitos dos governos ficam

explicitados, assim como os métodos a serem usados para realização dos propósitos e organizar as instituições por meio das quais age o governo (Figura 1).

Figura 1. Postulado de Coerência de Mário Testa.

Postulado da Coerência



Fonte: Testa, 1992.

Para mudar a sociedade é preciso considerar questões de poder, pois ele é uma categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como implementar uma estratégia que possa deslocar o sentido do poder para uma orientação favorável para solucionar os problemas de saúde. Portanto, as estratégias de saúde devem ir além da perspectiva setorial, incluindo a questão do social, e tornam efetivas as propostas em longo prazo. Para isso, é preciso conhecer o poder (Testa, 1987).

Apesar das relações entre o trabalho e o processo saúde/doença serem conhecidas, elas ainda não estão sendo contempladas de maneira adequada na formação dos profissionais de saúde. Aliado a isso, há a carência de materiais voltados para a APS no que diz respeito à saúde do trabalhador, sendo o mais utilizado o Caderno de Atenção Básica – Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2018), que apesar de ser uma excelente ferramenta de apoio que trata a respeito da prevenção das doenças ocupacionais, não contempla de maneira específica, como aqui descrito, a agricultura familiar, que é um importante seguimento da economia do país com o envolvimento de milhões de trabalhadores e, portanto, com relevante impacto socioeconômico.

Considerando a produção teórica de Testa (1992) que diz respeito ao planejamento em saúde, esta propõe uma abordagem mais abrangente

que extrapola a intervenção setorial, já que os problemas de saúde, enquanto problemas sociais somente podem ser resolvidos a partir do social, não sendo possível modificar o social com propostas setoriais (Testa, 1987). Logo, deve-se considerar a determinação social do processo saúde-enfermidade, englobando os determinantes sociais do processo de produção desses problemas numa proposta em longo prazo (Giovanella, 1990). Segundo Testa (1987), os problemas de saúde são socialmente determinados e, portanto, exige que se avance de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde.

Assim, partindo do diagnóstico de saúde para os trabalhadores da agricultura familiar que desenvolvem doenças ocupacionais e não são assistidos considerando a higiene ocupacional — conforme as proposições de Testa (Testa, 1987, 1992) acerca do planejamento de saúde —, foi desenvolvida e distribuída entre esses trabalhadores da região de Cabeceiras-GO uma cartilha de conscientização e educação com foco na prevenção das doenças ocupacionais relacionadas com o trabalho na agricultura familiar, abordando os riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e de acidentes/mecânicos do trabalho no campo e medidas prevenção, uso de equipamentos de proteção individual (como capacete, botas, luvas, respiradores e protetores auriculares) e equipamentos de proteção coletiva (como proteção de partes móveis de equipamentos) (Figura 2), no intuito de poder criar condições que abrem o caminho para a modificação do social (Testa, 1987, 1992).

Figura 2. Cartilha de conscientização: Segurança de trabalho no campo – a importância dos equipamentos de proteção.



Fonte: Acervo pessoal do autor, 2019.

Ademais, de uma forma geral, os trabalhadores da agricultura familiar não são assistidos em relação às doenças ocupacionais, estando expostos a riscos excessivos, tais como agroquímicos, ruídos, insolação, poeira e levantamento de peso (Quadro 2). Tais trabalhadores necessitam ser submetidos à avaliação clínica e exames médicos complementares periódicos, os quais devem ser executados e interpretados com o objetivo de detectar aqueles trabalhadores que estejam submetidos à exposição ambiental acima do limite de tolerância, mesmo que não estejam apresentando qualquer sintomatologia ou sinal clínico (Guia Trabalhista, 2019).

Quadro 2. Riscos para trabalhadores rurais.

| Setor | Função |
|---|---|
| Trabalhador polivalente | Físico: ruído, calor e radiação solar. Químico: poeira e agroquímico. Biológico: micróbios e animais (bacilos, bactérias, fungos, parasitas, vírus, protozoários, insetos, entre outros). Ergonômico/psicossocial: postura incorreta, ritmo excessivo de trabalho, movimentos repetitivos, esforço físico, levantamento e transporte manual de cargas. Acidente mecânico: Arranjo físico deficiente, máquinas ou equipamentos sem proteção. |
| Trabalhador rural não polivalente (cozinha) | Físico: calor; Químico: fumaça (fogão à lenha) Biológico: agentes microbianos. Acidentes: Objetos cortantes. Ergonômico: ritmo excessivo de trabalho, postura incorreta, movimentos repetitivos, esforço físico, levantamento e transporte manual de cargas. |

Fonte: Guia Trabalhista, 2019.

Nesse contexto, embora o método de Matus (Matus, 1992, 1994) tenha sido construído para ser manuseado em nível central, global, seu formato maleável permite a utilização em níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de limitar os problemas num contexto global mais amplo, o que possibilita assegurar a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade. Sendo assim, foi realizado um Planejamento Estratégico Situacional da Agricultura Familiar com a

finalidade de identificar e divulgar as possíveis causas das doenças ocupacionais, os problemas em si e as consequências geradas pelos mesmos (quadro 3). E, por fim, propor estratégias de intervenção que combatam as causas para que finalmente, consigamos mitigar os problemas.

Quadro 3. Planejamento Estratégico Situacional da Agricultura Familiar.

| CAUSAS | PROBLEMAS | CONSEQUÊNCIAS | DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO |
|--|---|---|---|
| <p>1. Desconhecimento por parte dos integrantes da ESF sobre as ferramentas de segurança e saúde do trabalho, tais como o PCMSO para a prevenção das doenças ocupacionais,</p> <p>2. Subnotificação das doenças ocupacionais.</p> <p>3. Baixo nível de instrução e de renda dos trabalhadores da agricultura familiar.</p> | <p>PROBLEMA CENTRAL: Falta de gestão adequada por parte da atenção primária à saúde com relação à saúde ocupacional dos trabalhadores da agricultura Familiar.</p> <p>CONDIÇÕES INDESEJADAS: Exposição a riscos ambientais, tais como agroquímicos, ruído, acidentes, dentre outros acarretando doenças ocupacionais.</p> | <p>1. Ocorrência de doenças ocupacionais nos trabalhadores da agricultura familiar como intoxicação por agrotóxicos, perda auditiva induzida por ruído e amputação de membros;</p> <p>subnotificação das doenças ocupacionais.</p> <p>2. Subnotificação das doenças ocupacionais.</p> | <p>1. Capacitar os membros da ESF para que os mesmos saibam utilizar as ferramentas de segurança e saúde do trabalho a fim de prevenir as doenças ocupacionais.</p> <p>2. Ações de melhoria dos registros para a qualidade da informação e para ações de prevenção contra a ocorrência de doenças ocupacionais.</p> <p>3. Investir em educação e conscientização dos produtores rurais; produção sustentável “Agroecologia e educação ambiental”, uso de EPC e EPI.</p> |

EPC: Equipamentos de proteção coletiva; EPI: equipamentos de proteção individual.

Fonte: Acervo pessoal do autor, 2019.

Dessa forma, considerando a NR-7, o PCMSO e o Planejamento Estratégico Situacional da Agricultura Familiar foi elaborado o PVST. Sendo então seus objetivos principais a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce dos problemas de saúde ligados ao trabalho, mesmo aqueles de natureza subclínica. O instrumental metodológico da NR-7 (Guia Trabalhista, 2019) foi utilizado por se tratar de uma ferramenta de gestão da saúde dos trabalhadores amplamente testada e referenda por órgãos como a Organização Internacional do Trabalho e o Ministério do Trabalho do Brasil.

Considerações Finais

Este projeto foi construído tendo em vista a melhoria da saúde do trabalhador rural, que tem sofrido sérias enfermidades ligadas à ocupação que possuem, haja vista que cada espaço social, cada tipo de ocupação, cada tipo de classe social, está mais ou menos predisposto a determinados problemas de saúde específicos. No caso do trabalhador rural da agricultura familiar, esses têm sofrido moléstias, variando conforme a ocupação.

O projeto foi construído dentro de um paradigma de planejamento estratégico fundamentado nos princípios teóricos e metodológicos de Mário Testa e suas formulações que estão inspiradas em uma perspectiva crítica sobre sociedade, na qual foi trazida esta perspectiva para o planejamento de projetos para resolução de problemas de saúde, contendo em seu bojo os conceitos de poder e classe social, onde dá orientações para um planejamento estratégico em saúde: qualquer elaboração em saúde deve operar pela delimitação dos aspectos sociais que envolvem as enfermidades, o que de fato foi realizado. E do paradigma da NR-7 que tem como objetivo principal a promoção e preservação da saúde e bem-estar do conjunto de colaboradores.

É importante deixar claro que a saúde do trabalhador rural não é apenas um problema puramente de saúde, mas um problema social mais amplo. Isto porque jamais se deve esquecer, principalmente dentro da Medicina, que os trabalhadores rurais da agricultura familiar, em grande parte oriunda de famílias pobres, com pouca escolaridade, com histórias de vida marcadas por injustiças sociais, representam no Brasil uma classe social historicamente abandonada pelos governos. Para que os profissionais da APS estejam aptos a atender problemas relacionados à saúde ocupacional, esses devem ter uma maior formação na área de saúde laboral, o que ajudaria em sua atividade profissional. Nesse contexto, seria interessante capacitar as equipes de saúde da família com base nas diferentes ferramentas de segurança e saúde do trabalho e no PVST aqui proposto para que assim, esses profissionais possam utilizar de maneira correta o aparato de segurança e saúde do trabalho, cumprindo a missão de prevenir a ocorrência de doenças ocupacionais, dentre outros agravos nessa população.

Referências

- Ahumada, J., Guzmán, A. A., Durán, H., Pizzi, M., Sarué, E., Testa, M. (1965). Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington, Estados Unidos: Organización Pan-americana de Saúde.
- Bahia, S. (2014). Guia para análise da situação de saúde do trabalhador: SUS/Bahia. Salvador, BA: DIVAST/CESAT.
- Beck, J. A., Filho, Amorim, A. M., & Fraga-Maia, H. (2016). Consumo de álcool entre os trabalhadores do corte da cana-de-açúcar. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 6(3), 306-316.
- Borsato, F. G., & Nunes, E. F. P. A. (2009). Neoplasia de pele não melanoma: um agravo relacionado ao trabalho. *Ciência Cuidado e Saúde*, 8(4), 6006062009.
- Brasil. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2018). Caderno de Atenção Básica – Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, F. (2019). Desequilíbrios regionais em Goiás: o caso da Região de Planejamento Nordeste Goiano. *Revista Formação*, 26(47), 51-71.
- Dias, E. C. (2006). Condições de vida, trabalho, saúde e doenças dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro, T. M. M. (Org.). *Saúde do Trabalhador Rural - RENAST*. Belo Horizonte, MG: Coopmed.
- Faria, N. M. X., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 115-128.
- Ferraz, L., Trindade, L. L., Bevilacqua, E., & Santer, J. (2013). As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(2), 349-355.
- Gehlen, I. (2004). Políticas públicas e desenvolvimento social rural. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 95-103.
- Giovanella, L. (1990). Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(2), 129-153.
- Guia Trabalhista. (2019). NR 7 - Norma regulamentadora 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Recuperado em 2, setembro, 2019, de <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr7.htm>.
- Hayashide, J. M., Minnicelli, R. S., Oliveira, O. A. C., Sumita, J. M., Suzuki, N. M., Zambianco, C. A., Framil, V. M. S.; & Morrone, L. C. (2010). Doenças de pele entre trabalhadores rurais expostos a radiação solar. Estudo integrado entre as áreas de Medicina do trabalho e Dermatologia. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 8(2), 97-104.
- INCA. (2016). Estimativa 2016 – Incidência de Câncer no Brasil. Recuperado em 12, setembro, 2019, de www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf.
- Lei n. 11.3326, de 24 de julho de 2006. (2006). Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Presidência da República.
- Matus, C. (1994). *El PES en la Practica*. Caracas, Venezuela: Fundación ALTADIR.
- Matus, C. (1982). *Política y Plan*. Caracas, Venezuela: Publicaciones IVEPLAN.
- Pires, D. X.; Caldas, E. D. & Recena, M. C. P. (2005). Intoxicações provocadas por agrotóxicos de uso agrícola na microrregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 1992 a 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 804-814.
- Rocha, L. P., Cezar-Vaz, M. R. C., Almeida, M. C. V. A., Borges, A. M., Silva, M. S., & Sena-Castanheira, J. (2015). Cargas de trabalho e acidentes de trabalho em ambiente rural. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(2), 325-335.
- Schilling, R. S. F. (1984). More effective prevention in occupational health practice. *The Journal of the Society of Occupational Medicine*, 34(3), 71-79.
- Silva, J. M., Novato-Silva, E., Faria, H. P., & Pinheiro, T. M. M. (2005). Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 891-903.
- Testa, M. (1987). *Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud — Primera Parte*. Cuadernos Médico Sociales, 38(4), 24.
- Testa, M. (1992). *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: ABRASCO.
- Vieira, J. E. R., Filho, & Silveira, J. M. F. J. (2012). Mudança tecnológica na agricultura: uma revisão crítica da literatura e o papel das economias de aprendizado. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 50 (4), 721-742.

A RESILIÊNCIA COMO RESPOSTA AO RISCO

Lívia Sissi Gonçalves Souza Piechnik
Marcelo José de Souza e Silva

Introdução

O termo resiliência é objeto de estudo e intervenção em diversos cenários. As pesquisas sobre o tema ocorrem desde 1950 e se adensam entre as décadas de 1970 e 1980, num contexto sociocultural e histórico marcado pelo crescimento econômico associado à mudança de valores morais e de comportamento da sociedade, agora mais individualista, que puseram em evidência crises sociais e enfatizaram os fatores individuais de exposição e resposta. Procuravam-se, então, explicações para, nesse contexto, a existência de pessoas saudáveis a despeito da pobreza presente na época (Brandão, 2011).

Antes de ser objeto de estudo na saúde, o termo era utilizado na física e na engenharia para descrever a propriedade dos materiais de suportar determinada carga de energia e, após cessada a força estressora, retornarem ao estado original.

Argumenta-se que a utilização de um mesmo termo em diversas ciências apresenta limites e necessidade de reflexões sobre a possibilidade de apropriação e transposições em situações metaforicamente semelhantes, mas realisticamente distintas. É o caso da resiliência, pois quando relacionada à complexidade dos fenômenos humanos, difere daquela encontrada na física e implica dificuldade em sua conceituação, o que justifica a imprecisão, incompreensão e divergência de definição entre pesquisadores (Brandão, 2011, Yunes, 2003). Além disso, para Piña López (2015, p. 751)

Resiliência adquiriu um status especial como um tipo de conceito coringa e polivalente, que é confundido com outros conceitos ou expressões, como empatia, senso de humor, coping, autoeficácia, perseverança, competência, religiosidade, otimismo, tenacidade, controle pessoal, personalidade “resistente”.

Ciente destes argumentos, o objetivo deste trabalho é ir além das diversas formas de descrever o que seria resiliência, ou os vários usos da palavra, e buscar

aquilo que expresse sua universalidade, ou seja, segundo Silva et al (2019), buscar generalizações que permitam explicar sua função social, em determinado momento histórico.

Método

Foi realizada uma revisão de literatura na base de dados Scielo, no período de maio a julho de 2018, utilizando-se como único descritor o termo resiliência, sem restrição de língua e incluindo somente artigos publicados na área da saúde, que se referissem ao termo em seu título, palavra-chave ou resumo e que, de alguma forma, descrevessem o seu significado ou seu uso. Foram selecionados os artigos que conceituavam resiliência no resumo ou apresentavam como objetivo do trabalho (geral ou específico) a sua conceituação. Como critério de exclusão na pesquisa foi adotado o tipo de publicação, excluindo-se os editoriais e artigos de opinião.

Obteve-se inicialmente 886 artigos, 286, da área da saúde. Destes, 12 foram excluídos. Dos 274 artigos restantes, 74 apresentavam o termo resiliência no resumo e foram selecionados para a fase de leitura integral do conteúdo. A busca resultou em 30 artigos da área da saúde, englobando trabalhos que se propunham discutir o conceito de resiliência e aqueles que definiam resiliência como etapa no desenvolvimento da pesquisa.

Os 30 artigos pertenciam a subáreas de Psicologia, Psiquiatria, Saúde Coletiva e Enfermagem, com publicações do período de 2005 a 2017 e se encontram homoganeamente distribuídas quanto ao ano de publicação e entre os periódicos pesquisados, apresentando ainda diversidade de línguas (português, espanhol e inglês) e países de publicação (Brasil, Colômbia, Portugal, Estados Unidos da América, Cuba, Espanha). (Tab. 1)

Tabela 1. Resiliência: publicações por periódico e ano de publicação.

| | | |
|--------------------|---|------|
| Acción Psicológica | 1 | 2016 |
| Acta Paulista | 1 | 2009 |
| Anal de Psicologia | 3 | 2014 |
| | | 2015 |
| | | 2017 |

| | | |
|---|---|------|
| Arquivos de Nero-Psiquiatria | 1 | 2016 |
| Cadernos de Saúde Pública | 1 | 2007 |
| Ciência & Saúde Coletiva | 3 | 2009 |
| | | 2015 |
| | | 2016 |
| Ciência y enfermería | 1 | 2010 |
| Comunidad y Salud | 1 | 2016 |
| Cuadernos de Psicología del Deporte | 1 | 2016 |
| Escritos de Psicología | 1 | 2016 |
| Index de Enfermagem | 1 | 2015 |
| Jornal Brasileiro de Psiquiatria | 1 | 2007 |
| Psicologia, Saúde & Doença | 1 | 2015 |
| Psychosocial Intervention | 1 | 2017 |
| Rev. Brasileira de Enfermagem | 1 | 2017 |
| Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia | 1 | 2016 |
| Rev. Cubana de Salud Publica | 1 | 2010 |
| Rev. da Escola de enfermagem da USP | 1 | 2017 |
| Rev. de Salud Pública | 1 | 2011 |
| Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental | 1 | 2016 |
| Revista Salud Uninorte | 1 | 2013 |
| Salud Mental | 2 | 2011 |
| | | 2012 |
| Saúde e Sociedade | 1 | 2009 |
| Trends in Psychiatry and Psychotherapy | 3 | 2015 |
| | | 2015 |
| | | 2017 |
| Texto & Contexto - Enfermagem | 3 | 2005 |
| | | 2005 |
| | | 2009 |

Fonte: Elaboração própria.

Resultados

Sobre o uso do termo

A seguir apresentamos a forma como os diversos autores utilizam o termo resiliência quando relacionado à área da saúde.

Meseguer-de-Pedro et al (2017, p. 713) consideram a resiliência como “capacidade dinâmica de se autorregenerar após enfrentar diferentes contextos de risco - produzindo um capital psicológico (perfil capaz de influenciar as organizações de maneira positiva)”, possibilitando assim, “mudanças e adaptações no ambiente laboral”.

Para Ortunio et al (2016, p. 100) seria “a habilidade de lidar com a adversidade sem sucumbir ou ser aleijado por ela [...] é um conceito mais elástico e incorpora os conceitos de fatores de risco e proteção de uma forma mais dinâmica, interativa e pessoal”. Fontes et al (2015, p. 1476) referem-se a um “padrão de funcionamento adaptativo [...] frente aos riscos atuais e acumulados ao longo da vida”.

Para Castellano-Tejedor et al (2014),

[...] as definições consideradas apresentam duas constantes: por um lado, a presença de um risco de adversidade, ameaça ou situação estressante tensa, cuja característica fundamental é uma alta probabilidade que leva os indivíduos a desajustes; por outro lado, adaptação positiva, geralmente definida como uma competência manifestada cognitivo-comportamental em relação a um problema específico ou a capacidade de se recuperar de um trauma. Ambas as características constituem a essência da construção da resiliência (p. 866).

Amar et al (2013, p. 127-128) definem resiliência como a “capacidade humana de enfrentar, sobrepujar e ser fortalecido e transformado pela experiência adversa”.

Refere-se a diferenças individuais que as pessoas geralmente mostram quando estão expostos a vários graus de risco [...] e envolve dois componentes: resistência à destruição (capacidade de proteger a integridade contra a pressão de deformação) e a capacidade de construir comportamentos positivos na vida.

Barcelata Eguiarte et al (2012, p. 513) afirmam que

[...] não se pode falar sobre resiliência sem a presença de estresse, por isso também é chamada de resistência ao estresse para descrever a manutenção de comportamento adaptado à presença de condições de risco ou de estresse significativo, como eventos vitais.

Monroy Cortés et al (2011, p. 238) definem como “resistência relativa às experiências psicossociais de risco” e como “capacidade de um ecossistema ou organismo de recuperar sua estabilidade após sofrer uma alteração nas ciências biológicas”.

Para Cárdenas-Jiménez et al (2011, p. 533), a resiliência se manifesta em: “conservação de recursos, recuperação dos recursos alterados, modificados ou perdidos, resultados positivos que os indivíduos podem construir a partir da adversidade e processos através dos quais seria possível alcançar os resultados” (p. 533).

Cortés Recaball (2010, p. 28) diz que existem três componentes essenciais da resiliência:

1. A noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano.
2. Adaptação positiva ou superação de adversidades.
3. O processo que considera a dinâmica entre os mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam o desenvolvimento humano.

Lacharité (2005, p. 73) discute as definições de resiliência sob 2 pontos de vista, o estruturalista e o fenomenológico. O primeiro define como “aquela que aumenta a probabilidade de resultado positivo específico na presença de um dado risco” e se relaciona a “mecanismos de proteção que podem atuar permitindo que um indivíduo ou grupo desenvolva estratégias efetivas para enfrentar os riscos”. O segundo, é, “necessariamente, outra coisa (ou algo mais) do que um simples ajuste ou simples adaptação à adversidade”.

Para Silva et al (2009, p. 93) é uma

[...] capacidade manifestada por alguns seres humanos de amenizar ou evitar os efeitos negativos que certas situações consideradas com elevado potencial de risco podem produzir sobre a saúde e o desenvolvimento das pessoas, das famílias ou mesmo das comunidades.

Zerbetto et al (2017, p. 1253) entendem resiliência como um “potencial de resistência, reestruturação, recuperação e crescimento em famílias que enfrentam adversidades e graves desafios da vida”. Para Brolese et al (2017, p. 2), é “suportar um ritmo de trabalho desgastante, as pressões e responsabilidades relativas a ele”. Oñate et al (2017, p. 94) entendem como “um processo que leva a uma adaptação positiva de uma situação considerada adversidade”.

Teche et al (2017, p. 117), descreve um “processo de negociação, manuseio ou adaptação a um evento estressante” que é “multifatorial e inclui o perfil psicológico e neurobiológico do indivíduo, características ambientais como história pessoal de trauma ou falta de apoio social”.

Silva et al (2016, p. 42) apontam a possibilidade de prevenção de *burnout* através da “apropriação de sua realidade e transformação da mesma, transformando, conseqüentemente, o indivíduo num movimento dialético”. Refere-se a um fator de proteção ou evolução ao “aumentar o número de aspectos positivos, fortalecer ou promover recursos internos, visando a promoção de um ambiente de trabalho saudável e a recuperação do equilíbrio ao aprender com a experiência”. Sintetiza como “a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado”.

Sturgeon et al (2016, p. 16) define resiliência como

[...] um processo dinâmico que envolve três fases: sustentabilidade, recuperação e crescimento, utilizando características estáticas do indivíduo e fatores contextuais [a fim de] obter atitudes mais tolerantes, [à medida que os indivíduos] mantenham níveis maiores de esforço comportamental e estados emocionais positivos durante momentos de adversidades [a partir da] identificação [de] objetivos pessoais relevantes e ajuste [de] seus esforços de enfrentamento de acordo com a dificuldade.

Dias et al (2016, p. 971) apontam como a “capacidade de se recuperar de eventos negativos” e “adaptação bem-sucedida” como “características do indivíduo resiliente que podem ser abordadas para favorecerem a adaptação”.

“A capacidade humana de superar as adversidades, construir sobre elas e emergir fortalecido” é apresentada por Lemos et al (2016, p. 104) como um

“recurso de personalidade” que pode ser utilizado para “prevenção e promoção positiva do desenvolvimento humano”.

Manzini et al (2016, p. 703) enunciam resiliência como “capacidade de indivíduos ou grupos superarem adversidades sem apresentarem transtornos físicos ou mentais, ou até tornarem-se melhores frente a condições desfavoráveis”.

Figueiredo (2016, p. 2437) aponta a resiliência como uma forma de

[...] influenciar o desenvolvimento subjetivo dos jovens e impactar na qualidade de vida nas favelas, desenvolver mudanças de atitude e construir novas possibilidades de vida apesar da vulnerabilidade social e promover mudanças na visão de mundo dos jovens, provocar o desejo de mudança de suas condições de vida e aprimorar seus projetos futuros.

Arrogante (2015, p. 233) entende resiliência como adaptação positiva a adversidade atribuída à “exposição contínua ao sofrimento humano e às condições estressantes de trabalho”.

Para Matos et al (2015, p. 36) o termo refere-se à “superação de situações difíceis, a adaptação positiva e saudável da pessoa [...] quando em contato com situações adversas”.

Garcia Secades et al (2014) enuncia a capacidade de lidar e se adaptar, de forma positiva, a situações altamente estressantes e Naranjo Álvarez (2010, p. 273) define como “a capacidade psicológica das pessoas de superar episódios de dor emocional ou grandes reveses”.

“A capacidade humana de fazer frente às adversidades da vida, superá-las e sair delas fortalecidos e, inclusive, transformados” é a definição apresentada por Alvarez et al (2009, p. 260).

Para Noronha et al (2009, p. 497), refere-se à “capacidade de um indivíduo construir-se positivamente frente às adversidades”, propondo que, através disso, seria possível a “ampliação da capacidade dos indivíduos de apropriarem-se dos determinantes das condições de saúde”.

Carvalho et al (2007, p. 2024) definem resiliência em saúde como o “potencial saudável que alguns indivíduos apresentam em situações de possibilidade de doença”. Regalla et al (2015, p. 45) delimitam o termo estudado como “capacidade do indivíduo de uma vez exposto a estresse, resistir e vencê-lo”.

Por fim, Silva et al (2005, p. 96) relacionam o termo à promoção da saúde, defendendo a possibilidade de produzir saúde em ambientes adversos ao considerar que a resiliência é “processo centrado nas potencialidades da família, que orienta as ações de intervenção neste sentido, mas sem ignorar seus problemas”.

Discussão

A resiliência como resposta ao risco

Apesar de o uso do termo resiliência não ser exatamente o mesmo pelos diversos autores analisados, pode-se perceber que existe uma homogeneidade quanto ao contexto em que é usado, relacionado a uma adversidade enfrentada, o que na área da saúde se traduz como risco.

Segundo Ayres (2011), esse risco tem como base um entendimento de correlacionar probabilisticamente interações no âmbito individual que expliquem associações na população (com o estudo de variáveis de exposição e de desfecho). Ainda segundo o autor (2011, p. 1309),

[...] falar de risco [...] é, imediata e rigorosamente, falar de grandezas matemáticas e, elas são estimativas da chance de que a exposição a um fator (genético, ambiental, comportamental) possa estar causalmente associada a um determinado estado ou condição de saúde, dado um certo grau de incerteza da inferência, considerada pragmaticamente aceitável.

Por centrar-se no comportamento assumido pelos indivíduos ou sujeitos diante da adversidade a resiliência seria então uma resposta ao risco, presente ou elaborada no nível individual. Isso fica claro nas argumentações acima apresentadas que evidenciam a relação direta entre o risco e a resposta por ele desencadeada, atribuindo-se às características ou habilidades pessoais a capacidade de responder de maneira positiva ou não. Essa associação simples desconsidera o contexto social e histórico e as condições a que o indivíduo está exposto e que, por sua vez, condicionam o processo de adoecimento (Laurell, 1983).

Resiliência como resposta ao risco traduz o pensamento hegemônico do paradigma de risco, ao qual cabe a crítica de que analisa seus fatores necessariamente de forma individual – sejam biológicos, genéticos, psicossociais

– ou seja, descontextualizados e horizontalizados. “As questões sociais do indivíduo são abordadas de maneira idêntica aos fatores genéticos e biológicos” (Terra, 2018, p. 71). Ainda que se considere que o risco pode se apresentar em um coletivo ou comunidade, essa abordagem não estabelece explicações ou análises mais integradas sobre eles.

Para Breilh (2006, p. 201) essa avaliação do risco é capaz de expor apenas “fragmentos contingentes de um provável processo destrutivo”, e que por serem parciais, possibilitam apenas a atenuação ou controle dos efeitos, uma adaptação funcional. E segundo Laurell (1983), não é no estudo das características da saúde-doença dos indivíduos que será possível conferir sua historicidade, mas sim no estudo do processo que ocorre na coletividade humana, iminentemente de forma social.

Por ser uma resposta individual a problemas que têm origem social, a resiliência responsabiliza o sujeito por sua reação frente a um desafio supostamente inevitável e inerente a condição humana. Absolve a sociedade que impõe o risco e culpabiliza o indivíduo, impondo-lhe o dever de suportar e superar adversidades as quais está permanentemente exposto e preparar-se para novas dificuldades (Ayres, 2011).

Nesse mesmo contexto, fragiliza a resposta da sociedade aos processos que geram o adoecimento. Amortece os efeitos para o sujeito sugerindo uma condição singular de invulnerabilidade e desmobiliza o sujeito que não mais se inventividade com seus pares na luta por direitos sociais (Brandão, 2011).

Ao processo de resiliência foi atribuído a necessidade de exposição ao risco para surgimento de uma adaptação. Ou seja, é a partir da exposição à adversidade que as características individuais e os fatores protetores se expressam na elaboração de uma resposta positiva. À medida que esse risco é percebido de forma fragmentada, baseada na perspectiva do indivíduo, reduzido a um fator de risco em contraposição a fatores protetores, as respostas geradas configuram-se em adaptações a um processo de determinação do adoecimento.

Considerações finais

A partir desta pesquisa observou-se que, apesar das descrições variadas do que seria resiliência e de estas se apresentarem em diferentes contextos,

dimensões e processos, esse uso aparece enquanto algo mais homogêneo do que heterogêneo, com definições que se aproximam entre si e que tendem a um uso mais ou menos parecido na área da saúde.

Pode-se perceber que a resiliência está diretamente relacionada a um contexto de adversidade ou risco e à expectativa de produção de uma resposta positiva em relação a ele. E, mais que relacionada, a resiliência é uma resposta individual a esse risco.

Referências

- Alvarez, A. M. de S., Alvarenga, A. T. de, & Della Rina, S. C. de S. A. (2009). Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 259-272.
- Amar, J., Martínez González, M., Utria Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Revista Salud Uninorte*, 29(1):124-133.
- Arrogante, O. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 232-235.
- Ayres, J. R. de C. M. (2011). Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(7), 1301-1311.
- Barcelata Eguiarte, B. E., Durán Patiño, C., & Lucio Gómez-Maqueo, E. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud mental*, 35(6), 513-520.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(49), 263-271.
- Breilh, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
- Brolese, D. F., Lessa, G., Santos, J. L. G. dos, Mendes, J. da S., Cunha, K. S. da, & Rodrigues, J. (2017). Resiliência da equipe de saúde no cuidado a pessoas com transtornos mentais em um hospital psiquiátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Cárdenas-Jiménez, A., & López-Díaz, A. L. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 528-540.
- Carvalho, F. T. de, Morais, N. A. de, Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.
- Castellano-Tejedor, C., Blasco-Blasco, T., Pérez-Campdepadrós, M., & Capdevila, L.. (2014). Making sense of resilience: a review from the field of paediatric psycho-oncology and a proposal of a model for its study. *Anales de Psicología*, 30(3), 865- 877.
- Cortés Recaball, J. E. (2010). La Resiliencia: Una Mirada Desde La Enfermería. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 27-32.
- Dias, R., Simões-Neto, J. P., Santos, R. L., Sousa, M. F. B. de, Baptista, M. A. T., Lacerda, I. B., Kimura, N. R. S., & Dourado, M. C. N. (2016). Caregivers' resilience is independent from the clinical

- symptoms of dementia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 74(12), 967-973.
- Figueiredo, G. de O. (2016). Los jóvenes en favelas de Rio de Janeiro, Brasil: de la vulnerabilidad social a las oportunidades para el desarrollo humano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2437-2450.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- García Secades, X., Molinero, O., Ruíz Barquín, R., Salguero, Alfonso, Vega, R. de la, & Márquez, S. (2014). La resiliencia en el deporte: fundamentos teóricos, instrumentos de evaluación y revisión de la literatura. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 83-98.
- Lacharité, C.. (2005). From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(spe), 71-77.
- Laurell, A. C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E. D. (Org.). (1983). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Ed.
- Lemos, V., Krumm, G., Gutierrez, M., & Arán-Filippetti, V. (2016). Desarrollo de una escala para evaluar recursos de personalidad asociados a la resiliencia infantil. *Acción Psicológica*, 13(2), 101-116.
- Manzini, C. S. S., Brigola, A. G., Pavarini, S. C. I., & Vale, F. A. C.. (2016). Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 703-714.
- Matos, F., Martins, H., Jesus, S.N., & Viseu, J. (2015). Prevenção da violência através da resiliência dos alunos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 35-43.
- Meseguer-de Pedro, M., Soler-Sánchez, M. I., Fernández-Valera, M-M, & García-Izquierdo, M. (2017). Measurement of Psychological Capital in Spanish workers: OREA questionnaire. *Anales de Psicología*, 33(3), 714-721.
- Monroy C., Brisa Gissel, & Palacios Cruz, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud mental*, 34(3), 237-246.
- Naranjo A., Rolando J. (2010). Neurología de la resiliencia y desastres. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 270-274.
- Noronha, M. G. R. da C. e S., Cardoso, P.S., Moraes, T. N. P. & Centa, M. de L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.
- Oñate, L., & Calvete, E. (2017). Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 93-101.
- Ortunio, C, Magaly, S, Harold Guevara, R. (2016). Aproximación teórica al constructo resiliencia. *Comunidad y Salud*, 14(2):96-105.
- Piña López, J. A. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología*, 31(3), 751-758.
- Regalla, M. A., Guilherme, P., Aguilera, P., Serra-Pinheiro, M. A., Mattos, P. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3):157-160.
- Silva, M. J. de S. e, Schraiber, L. B., & Mota, A. (2019). Das possibilidades de um conceito de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0019320. Epub January 17, 2019.
- Silva, M. R. S. da, Lacharité, C., Silva, P. A. da, Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2009). Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(1), 92-99.
- Silva, S. M. da, Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P. C. P., & Felli, V. E. A. (2016). Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 41-48.
- Silva, M. R. S. da, Lunardi, V. L., Lunardi Filho, W. D., & Tavares, K. O. (2005). Resiliência e promoção da saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(spe), 95-102.
- Sória, D. de A. de C., Bittencourt, A. R., Menezes, M. de F. B. de, Sousa, C. A. C. de, & Souza, S. R. de. (2009). Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5), 702-706.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current pain and headache reports*, 14(2), 105-112.
- Terra, L. O médico alienado: reflexões sobre a alienação do trabalho na atenção primária a saúde. São Paulo: Hucitec; 2018.
- Teche, S. P., Barros, A., Rosa, R. G., Guimarães, L. P., Cordini, K. L., Goi, J. D., Hauck, S., & Freitas, L. H. (2017). Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39(2), 116-123.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(spe), 75-84.
- Zerbetto, S. R., Galera, S. A. F., & Ruiz, B. O. (2017). Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1184-1190.



DOENÇA RENAL CRÔNICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO

Victor Rodrigues de Vasconcelos
Nayra Rodrigues de Vasconcelos Calixto
Lucíola Maria Rodrigues de Vasconcelos
Maria do Rosário da Silva Ramos Costa
Maria do Carmo Lacerda Barbosa

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu-se historicamente com base no movimento da reforma sanitária que buscou um novo modo de acesso à saúde, objetivando a reorganização e reordenação dos serviços e ações de saúde, e atendendo aos preceitos da universalidade, integralidade e equidade. O modelo de organização escolhido trouxe a Atenção Primária em Saúde (APS), que posteriormente se materializou na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Paiva & Teixeira, 2014).

No contexto da ESF, tem-se como um dos eixos principais as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que são as doenças de longa duração, progressão gradual e que não são transmitidas de pessoa para pessoa, pois estão mais associadas a fatores de risco hereditários e ambientais. As DCNT estão entre as principais causas de mortalidade no mundo, representando cerca de 70% do total de óbitos, além de afetarem cerca de 40,5 milhões de pessoas por ano, sendo que, para as próximas décadas, espera-se que haja um aumento crescente na mortalidade causada por tais doenças (NCD Countdown 2030 et al, 2018).

Dentre os principais exemplos de DCNT temos: a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a doença hepática alcoólica e a Doença Renal Crônica (DRC). A DRC é definida como anormalidade da estrutura e/ou função dos rins que se apresenta por mais de três meses e determina alguma implicação para a saúde do indivíduo (Herzog et al, 2011). A sua classificação leva em consideração variáveis, sendo a principal delas a taxa de filtração glomerular (TFG) (Kirsztajn et al, 2014).

A DRC é responsável por gastos significativos no SUS e acarreta uma morbimortalidade significativa. Dessa forma, estudos que avaliem e orientem a abordagem da DRC na unidade básica de saúde são necessários, no intuito de mostrar em que nível se encontra o conhecimento geral dos médicos em relação a essa patologia, em especial em conformidade com Ministério da Saúde e suas diretrizes. Diante disso, a presente pesquisa objetivou avaliar o conhecimento sobre Doença Renal Crônica por parte dos médicos de família de um município do Maranhão.

Referencial teórico

No caso da DRC, tem-se mostrado uma relação inversa entre a filtração glomerular (marcador de função renal) e a morbimortalidade cardiovascular geral. A DRC determina uma maior morbidade e mortalidade cardiovascular entre os pacientes portadores dessa doença. Destaca-se ainda que as doenças renais afetam cerca de 850 milhões de pessoas no mundo e, no Brasil, junto com algumas das principais comorbidades a elas associadas (como HAS, DM e outras doenças hipertensivas) representaram cerca de 7% das internações e 12,97% dos gastos do total de internações, considerando todas as causas. A terapia renal substitutiva, em especial as 130.000 pessoas em programa crônico de diálise ambulatorial, é responsável por mais de 5% das despesas do SUS com atenção à saúde de média e alta complexidade. Além disso, esses números só tendem a aumentar, mesmo que sejam levados em consideração apenas aspectos pontuais, como a mudança do perfil de desenvolvimento do país e o envelhecimento da população (Alcalde & Kirsztajn 2018; Schreider et al, 2019).

Entre os principais fatores de risco que estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal pode-se citar: idade (> 60 anos), histórico familiar de nefropatia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM), dislipidemia, obesidade (IMC > 30 Kg/m²), tabagismo, entre outros.

Nesse contexto, é importante reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver DRC com o objetivo de realizar diagnóstico precoce. Além disso, é necessário identificar também quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal (Bastos, Bregman & Kirsztajn, 2010).

Dessa forma, os desfechos clínicos mais temidos da DRC são a doença cardiovascular, a necessidade de terapia renal substitutiva (TRS) e a mortalidade por todas as causas, especialmente a cardiovascular. Prevenir a progressão da DRC, utilizando todos os esforços clínicos para a conservação da TFG, tem impacto positivo nesses desfechos e deve ser feito de acordo com o nível de TFG, algo que deve ser realizado em especial na ESF conforme recomendação das diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no SUS (Go, Chertow, Fan, McCulloch & Hsu, 2004).

Com a consolidação do SUS e posteriormente da ESF e da APS, percebe-se cada vez mais a função do profissional de saúde da família como o responsável pela primeira abordagem da maioria das situações e, quando necessário, encaminhar o paciente para um serviço de referência. Sendo assim, em relação às DCNT e especialmente em se tratando da DRC, a APS, na figura do médico da família, tem assumido um papel fundamental na abordagem e controle da progressão da DRC (Pena, Silva, Oliveira, Moreira & Libório, 2012).

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, observacional, não intervencionista, realizado por meio de coleta de dados primários com a aplicação de um Questionário Escrito (QE). A coleta de dados teve início após aprovação do Parecer Consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), nº 3.236.778, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. Antes de responder o questionário, cada sujeito recebeu uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinar dando anuência para início da pesquisa.

Período e Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2019 no município de São José de Ribamar, estado do Maranhão, Brasil.

Amostra

A população estudada foi composta por todos os médicos das unidades de saúde da família da APS do município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil.

Este município apresenta 47 Equipes de Saúde da Família (ESFs), das quais nove estavam sem médicos, dois médicos estavam de férias e quatro se recusaram a participar da pesquisa. Dessa forma, o questionário foi aplicado em 32 médicos que atuavam em unidades de saúde da família desse município e que representam a amostra deste estudo.

Coleta de Dados

Os médicos foram convidados a responder a um questionário estruturado e adaptado pelos autores para o português, semelhante ao utilizado no estudo de Agrawal et al e em conformidade com as recomendações do KDOQI e do Ministério da Saúde (Inker et al, 2014; Ministério da Saúde, 2014; Agrawal et al, 2009). Esse questionário foi aplicado por único entrevistador nas suas respectivas Unidades Básicas de Saúde ou Centros de Saúde onde os médicos trabalhavam. (Ministério da Saúde, 2014; Agrawal et al, 2009).

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a responder um questionário estruturado e que se apresentou em duas partes. A primeira consistia na identificação que incluía sexo, tempo de formação, tipo de pós-graduação e tempo de trabalho na área de saúde. A segunda dizia respeito aos conhecimentos específicos sobre DRC, sendo esta última constituída por 15 questões de múltipla escolha, com uma ou mais respostas corretas. Tais questões versavam acerca de variáveis sobre fatores de risco, medidas preventivas, diagnóstico, acompanhamento, complicações e encaminhamento para os Centros de Referência em Nefrologia (Ministério da Saúde, 2014; Agrawal et al, 2009).

Análise Estatística

Os dados foram processados utilizando os recursos do *software* SPSS versão 18.0 (IBM, Chicago, IL, USA). A estatística descritiva foi realizada por meio do cálculo de medidas de frequência absoluta e relativo. Para a análise de correlação o número de acertos foi somado por bloco temático: diagnóstico, fatores de risco (Tabela 1) e manejo clínico (Tabelas 2).

Resultados e discussão

Foi observado que a maioria é do sexo feminino (62,5%) e possui mais de 15 anos de formação na graduação (37,5%). Nota-se também que possuir curso de Pós-Graduação na área e fora da área representa 40,63% do total da amostra para cada uma dessas duas categorias.

A Tabela 1 expressa a frequência das respostas para o Bloco Diagnóstico. Foi solicitado aos profissionais que avaliassem o caso de “um paciente com proteinúria testada 2 vezes em um intervalo de 3 meses” e observou-se que apenas 28,13% responderam corretamente sobre qual alternativa apresentava uma proposição certa sobre o diagnóstico de DRC. Quanto ao critério de estadiamento da DRC, notou-se que a maioria respondeu corretamente (71,88%). Além disso, solicitou-se que os participantes marcassem os testes laboratoriais que são recomendados para avaliar casos de risco aumentado de DRC, constatou-se que a maioria conseguiu escolher os critérios corretos para a doença: 71,88% pediriam a creatinina para estimar a TGF, 59,38% solicitariam urinálise, 56,25% pediriam a Relação Albuminúria/Creatinúria (RAC) ou a Relação Proteinúria/Creatinúria (RPC) e 53,12% solicitariam a excreção de proteína na urina de 24 horas.

Dessa forma, percebe-se certa fragilidade no conhecimento relacionado ao diagnóstico da DRC, uma estratégia possível para diminuir tal problema poderia ser a aproximação dos profissionais da atenção secundária em relação à atenção primária como no modelo de assistência matricial proposto pelo Ministério da Saúde (Fortes et al, 2014). Achado semelhante foi encontrado em outros dois estudos, que de maneira similar aplicaram um questionário semelhante baseado no QDOQI aos médicos clínicos gerais e especialistas não nefrologistas (Choukem et al, 2016).

Tabela 1. Distribuição das respostas dos profissionais sobre o bloco de diagnóstico da DRC e Fatores de Risco (n=32).

| Variáveis | n | % |
|---|----|-------|
| Diagnóstico da DRC através de relato de caso | | |
| Resposta correta (proteinúria testada duas vezes) | 9 | 28,13 |
| Resposta incorreta | 21 | 65,63 |
| Não sabe | 1 | 3,13 |

| | | |
|--|----|-------|
| Não respondeu | 1 | 3,13 |
| Estadiamento da DRC através da análise da TFG | | |
| Resposta correta (Estágio III: TFG 30 a 60) | 23 | 71,88 |
| Resposta incorreta | 6 | 18,75 |
| Não sabe | 2 | 6,25 |
| Não respondeu | 1 | 3,13 |
| Qual(is) marcadores laboratoriais utilizados para avaliação paciente com risco aumentado de DRC | | |
| Respostas Corretas | | |
| Creatinina sérica para estimar a TFG | 23 | 71,88 |
| Urinálise | 19 | 59,38 |
| Dipstick urinário para albuminúria ou proteinúria | 8 | 25,00 |
| RAC (albuminúria) ou RPC (proteinúria) | 18 | 56,25 |
| Respostas Incorretas | | |
| Creatinina sérica sozinha | 8 | 25,00 |
| Albumina ou proteína em amostra de urina | 12 | 37,50 |
| Depuração de creatinina na urina de 24 horas | 12 | 37,50 |
| Excreção de proteína na urina de 24 horas | 17 | 53,12 |
| Identificação de fatores de risco para DRC | | |
| Idade > 60 anos | 23 | 71,88 |
| Afro-americano ou hispânico | 9 | 28,13 |
| Sexo masculino | 8 | 25,00 |
| Hipertensão arterial | 30 | 93,75 |
| Diabetes mellitus | 30 | 93,75 |
| Obesidade | 23 | 71,88 |
| Lúpus eritematoso sistêmico | 22 | 68,75 |
| Doença arterial coronariana | 17 | 53,12 |
| Uso diário de AINE | 20 | 62,50 |
| Histórico familiar de DRC | 30 | 93,75 |

DRC = Doença renal crônica. TFG = Taxa de filtração glomerular (em mL/min/1,73 m²). RAC = Relação Albuminúria/ Creatinúria. RPC = Relação Proteinúria/ Creatinúria. AINE = Anti-inflamatório não esteroide.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Na Tabela 1 observamos o Bloco de Fatores de Risco para DRC, uma vez que se solicitou que os profissionais identificassem os fatores de risco para

DRC. Os fatores de risco corretos mais identificados foram hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e histórico familiar de DRC, que representaram mais de 90% da amostra, seguidos por idade avançada e obesidade, identificados por mais de 70% da amostra. No entanto, uma parcela significativa (> 30%) não foi capaz de identificar fatores de risco essenciais para DRC, como lúpus eritematoso sistêmico (LES) e uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES).

Sabendo-se que mais de 5% dos recursos do SUS com atenção de média e alta complexidade são gastos atualmente com terapia renal substitutiva em pacientes com DRC em estágio final (Alcalde & Kirsztajn, 2018), entende-se que a identificação de pacientes com potencial para desenvolvimento de tal afecção deve ser prioridade na atenção primária em saúde, assim como já demonstrado na literatura em relação à importância do seu rastreamento, uma vez que há uma alta prevalência de DRC oculta na população (Pereira, Silva, Lage, Silva & Cotta, 2016). Além do mais, a literatura já mostrou que a nefroproteção deve levar em consideração fatores ligados ao comprometimento dos profissionais de saúde e da pessoa que possui fatores de risco e sua família, que devem coparticipar nos cuidados a serem adotados, objetivando, conjuntamente, minimizar ou postergar o aparecimento da doença (Duarte, Schwartz, Gonzáles & Santos, 2016).

Nesse mesmo contexto, cabe a reflexão sobre mudança nos paradigmas da saúde atual, tão defendidas pelo Ministério da Saúde, em que deve haver uma prevenção dos principais determinantes de morbimortalidade populacional para que as pessoas adoçam menos e possam ter mais qualidade de vida, além de diminuir o investimento do estado em estágios avançados da doença, focando em programas de prevenção e promoção de saúde em DRC (Fertonani, Pores, Biff & Scherer, 2015; Pérez-Oliva Díaz, Valdés & López, 2008).

Na Tabela 2 encontra-se a distribuição das respostas para o manejo de caso de paciente hipertenso com função renal pouco comprometida e presença de microalbuminúria. Observou-se que, para o manejo inicial, o item correto com maior frequência de relato foi controle glicêmico (75%), perda de peso (68,75%) e restrição dietética de sal (68,75%). Vale mencionar que, de forma incorreta, 53,13% relataram como condução inicial a restrição a 0,6g de proteína/kg/dia na dieta. No seguimento do caso acima, após um ano, paciente apresenta piora da função renal e passa a apresentar proteinúria franca. Sobre a conduta neste momento,

notou-se que o item correto mais citado foi encaminhá-lo ao nefrologista devido à progressão da DRC (68,75%) e solicitar exames para avaliar a anemia (59,38%), sendo que a obtenção de PA < 130/80 apresentou a frequência de apenas 37,5%.

Tabela 2. Distribuição das respostas dos profissionais sobre o manejo clínico de paciente em situação exemplificada, inicialmente e na evolução após 1 ano (n=32).

| Variáveis | n | % |
|---|----|-------|
| Manejo inicial do caso | | |
| Respostas Corretas | | |
| Objetivo PA < 130/80 mmHg | 17 | 53,13 |
| Prescrição de IECA ou BRA | 21 | 65,63 |
| Restrição dietética de sal < 2,4 g/dia | 22 | 68,75 |
| Controle lipídico | 20 | 62,50 |
| Controle glicêmico | 24 | 75,00 |
| Perda de peso | 22 | 68,75 |
| Parar de fumar | 20 | 62,50 |
| Resposta Incorreta | | |
| Restrição de proteína na dieta (0,6 g de proteína/kg/dia) | 17 | 53,13 |
| Manejo após 1 ano | | |
| Respostas Corretas | | |
| Objetivo da PA <130/80 mmHg | 12 | 37,50 |
| Encaminhá-la ao nefrologista por proteinúria | 14 | 43,75 |
| Encaminhá-la ao nefrologista por progressão DRC | 22 | 68,75 |
| Exames para avaliar anemia da DRC | 19 | 59,38 |
| Exames para avaliar doença mineral óssea da DRC | 14 | 43,75 |

PA = Pressão arterial. IECA = Inibidores da enzima conversora da angiotensina. BRA = Bloqueadores de receptores da angiotensina. DRC = Doença renal crônica. mmHg = milímetros de mercúrio. g = gramas. kg = quilograma.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Observou-se então que os médicos souberam identificar os principais fatores que devem ser abordados na doença, entretanto cerca de 50% relataram de forma incorreta a restrição de proteína como fator a ser controlado e não souberam identificar o nível pressórico alvo e não souberam identificar critérios importantes para encaminhamento ao nefrologista. Portanto, percebe-se que

os profissionais não são capazes de identificar corretamente os critérios de referenciamento do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2014), e por esse motivo muitas vezes encaminham pacientes em estágios iniciais e intermediários e em contrapartida algumas vezes deixam de encaminhar pacientes em estágios avançados da doença. Isso pode representar um comprometimento da equidade e da igualdade de acesso, já que o excesso de pacientes no setor especializado da saúde pode gerar uma dificuldade de acesso para os pacientes em estágios finais da doença. Tudo isso pode afetar o acesso ao cuidado e a qualidade da assistência, o que representa um dos grandes desafios para a reestruturação da atenção básica em saúde (Cotta et al, 2006).

Além disso, dados da literatura mostram que apenas 15% dos profissionais da APS mantêm contato frequente com os profissionais da atenção especializada para troca de informações, o que, aliado ao desconhecimento dos critérios para referenciamento em DRC, comprometem sobremaneira a assistência à saúde desses pacientes (Delatorre, 2018).

A distribuição das demais questões sobre o bloco manejo clínico mostrou que 78,13% identificaram a utilização correta de IECA/BRA e só 18,75% identificou o nível correto da hemoglobina desejável em paciente com DRC. Sobre o manejo de caso de anemia em paciente com DRC, observou-se na amostra que 78,13% indicariam de forma correta suplementação de ferro, entretanto observou-se de forma incorreta que 18,75% indicariam a prescrição de eritropoietina recombinante humana e 25% fariam a solicitação de eritropoietina sérica. Sobre os valores limítrofes para suspender o uso de IECA, observou-se que apenas 34,38% identificaram o nível correto de TFG e 31,25% o nível correto de potássio. Entretanto observou-se frequência elevada de seleção de alternativas incorretas para os níveis de TFG e potássio.

No que diz respeito ao manejo clínico na DRC, um dos aspectos mais específicos da doença, observou-se que a maioria dos participantes (78,13%) identificou a utilização correta de IECA/BRA para controle de proteinúria, no entanto uma minoria soube identificar os valores limítrofes de TFG e potássio para suspensão destas medicações. Ressaltando-se ainda que somente 18,75% identificaram o nível correto de hemoglobina desejável em paciente com DRC. Dessa forma percebe-se que, em relação aos dados citados acima, ainda há uma fragilidade no conhecimento

dos médicos da APS desta cidade em relação às medidas mais importantes para o correto acompanhamento e manejo dos pacientes com DRC.

É relevante destacar a importância do manejo com pacientes que apresentam DRC para que os profissionais façam o diagnóstico precoce e o rápido encaminhamento, quando indicado, desses pacientes ao nefrologista. Isso deve ser feito a fim de que sejam tomadas medidas preventivas que retardem ou interrompam a progressão da doença para estágios mais avançados, favorecendo a diminuição da morbidade e mortalidade em fases iniciais, diminuindo assim todas as complicações que a doença por trazer (Bastos et al, 2010).

A distribuição das respostas para o bloco complicações da DRC e referenciamento demonstrou que as complicações mais relatadas foram anemia (81,25%), doença mineral óssea (62,5%) e desnutrição (50%). Sobre a necessidade de encaminhamento ao nefrologista para preparo a diálise e acesso vascular, observou-se que 56,25% responderam corretamente. Sobre os fatores que indicam o encaminhamento ao nefrologista, observou-se que a grande maioria não soube identificar fatores importantes para encaminhamento ao nefrologista como hipertensão de difícil controle e a hipercalemia.

No tocante às complicações da DRC, observou-se que cerca de 50% dos médicos que participaram da pesquisa não souberam identificar complicações notáveis da doença como doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, desnutrição, retinopatia e neuropatia diabéticas. Do que foi mencionado, infere-se que há um desconhecimento por parte dos médicos em relação aos riscos reais da doença e de seu potencial de gravidade, o que certamente faz com que os mesmos avaliem de forma inadequada tais pacientes e sejam menos capazes de prevenir tais complicações. Tudo isso afeta diretamente na progressão da doença para estágios finais e contribui para o desenvolvimento de comorbidades que podem repercutir em menor qualidade de vida para o paciente e mais gastos em saúde para o sistema público (Ronksley & Hemmelgam, 2012).

Conclusões

Diante do exposto, observou-se um conhecimento satisfatório sobre a DRC com índices de acerto majoritariamente superiores a 50% nos seguintes

critérios: fatores de risco, estadiamento e manejo clínico. No entanto percebe-se uma deficiência no conhecimento dos médicos da atenção primária sobre a em aspectos como diagnóstico, encaminhamento e complicações. Dentre os médicos que participaram do estudo, aqueles que apresentaram maiores déficits no entendimento da doença foram justamente os que possuíam mais anos de experiência profissional. Nesse sentido, recomenda-se a reorganização do ensino nas instituições formadoras de forma continuada, além da implantação efetiva do modelo de apoio especializado matricial, com a inserção do nefrologista como o especialista que auxilia os médicos da APS e dá continuidade ao cuidado do paciente quando necessário.

Referências

- Agrawal, V., Barnes, M. A., Ghosh, A. K. & McCullough, P. A (2009). Questionnaire instrument to assess knowledge of chronic kidney disease clinical practice guidelines among internal medicine residents. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(4), 733-738.
- Alcalde, P. R. & Kirsztajn, G. M. (2018). Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. *Brazilian Journal of Nephrology*, 40(2), 122-129.
- Bastos, M. G., Bregman, R. & Kirsztajn, G. M. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*. [online], 56(2), 248-253.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2014). Diretrizes Clínicas Para o Cuidado ao Paciente Com Doença Renal Crônica -DRC- no Sistema Único de Saúde. Recuperado em 09 de setembro, 2020, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
- Cotta, R. M. M., Schott, M., Azeredo, C. M., Franceschini, S. C. C., Priore, S. E. & Dias, G. (2006). Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(3), 7- 18.
- Choukem, S., Nchifor, P. K., Halle, M., Nebongo D. N., Mboue-Djieka, Y., Kaze F. F. & Monekosso, G. L. (2016). Knowledge of physicians on chronic kidney disease and their attitudes towards referral, in two cities of Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*, 9:29.
- Duarte, G. C., Schwartz, E., Gonzáles R. I. C. & Santos, B. P. (2016). Doença renal crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária. *J Nurs Health*, 6(2), 287-97.
- Fertonani, H. P., Pores, D. E. P., Biff, D. & Scherer, M. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878.
- Delatorre, T. (2018). O papel da Atenção Primária à Saúde na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Fortes, S., Menezes, A., Athié, K., Chazan, L. F., Rocha, H., Thiesen, J., Ragoni, C., Pithon, T. & Machado, A. (2014). Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1079-1102.
- Go A. S., Chertow, G. M., Fan, D., McCulloch, E. C. & Hsu, C. (2004). Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *The New England Journal of Medicine*, 351(13), 1296-1305.
- Herzog, C. A., Asinger, R. W., Berger, A. K., Charytan, D. M., Díez, J., Hart, R. G., Eckardt K. U., Kasiske, B. L., McCullough, P. A., Passman, R. S., DeLoach, S.S., Pun, P. H. & Ritz, E. (2011). Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 80(6), 572-586.
- Inker, L. A., Astor, B. C., Fox, C. H., Isakova, T., Lash, J. P., Peralta, C. A., Tamura, P. K. & Feldman, H. I (2014). KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. *Am J Kidney Dis*, 63(5): 713-735.
- Kirsztajn, G. M., Salgado Filho, N., Draibe, A., Pádua Netto, M. V., Thomé, F. S., Souza, E. & Bastos, M. G. (2014). Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(1), 63-73.
- NCD Countdown 2030 collaborators. (2018). NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*, 392, 1072-1988.
- Paiva, C. H. A. & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 15-35.
- Pena, P. F. A., Silva Júnior, A. G., Oliveira, T. R., Moreira, G. A. R. & Libório, A. B. (2012). Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3135-3144.
- Pereira, D. F., Silva, L. S., Lage, M. R. G., Silva, L. S. & Cotta, R. M. M. (2016). Importância da capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária: a doença renal crônica em pauta. *Journal of Management & Primary Health Care*, 7(1), 110-110.
- Pérez-Oliva Díaz, J. F., Valdés, R. H. & López, M. A. (2008). How to improve the management of chronic kidney disease: practical considerations and recommendations. *Revista Habanera de Ciências Médicas*, 7, 0-10.
- Ronksley, P. E. & Hemmelgam B. R (2012). Optimizing Care for Patients With CKD. *American Journal of Kidney Disease*, 60(1), 133-138.
- Schreider, A., Souza Neto, M. F., Pereira, J. P. & Fernandes, N. M. S. (2019). Estudos de custo sobre terapia dialítica no mundo: uma revisão sistemática e uma abordagem histórica. *HU Revista*, 45(3), 312-324.



SÍFILIS GESTACIONAL NO TERRITÓRIO DE SAÚDE DE CONSOLAÇÃO, VITÓRIA-ES, 2014-2017

Thais Campolina Cohen Azoury
Katia Silveira da Silva

Introdução

A sífilis constitui-se como um importante problema de saúde no Brasil e no mundo, relacionando-se a mortes fetais e neonatais, partos prematuros e de baixo peso (Brasil, 2019a; Paho, 2015).

As taxas de incidência de todas as suas formas (adquirida, gestacional e congênita) encontram-se em crescimento no Brasil nos últimos anos, ao contrário do movimento de declínio global (Peeling & Mabey, 2016). No período de 2013-2017, a detecção de sífilis gestacional (SG) aumentou de 7,2 casos para 17,0 e a de sífilis congênita, de 4,8 para 8,5 por 1.000 nascidos vivos (NV) (Brasil, 2019b). O Brasil está distante da meta para eliminação da SC- incidência $\leq 0,5$ casos para 1.000 NV, estabelecida para 2015 (OMS, 2015).

Este estudo se propõe a analisar o acompanhamento do pré-natal de mulheres com diagnóstico de SG do território de saúde de Consolação, Vitória-ES, fim de identificar fragilidades e pontos fortes relacionados à qualidade e integralidade do cuidado. Vitória está entre as cinco capitais brasileiras com maior taxa de detecção de SG (Brasil, 2019b).

Referencial teórico

A SG traz consequências negativas para saúde do feto e do recém-nascido (Paho, 2015). Cerca de 80% dos casos de sífilis congênita (SC) no Brasil ocorreram em mulheres com pelo menos uma consulta pré-natal (Domingues et al, 2016). O acompanhamento regular no pré-natal e a terapêutica simples e de baixo custo não têm assegurado um desfecho adequado (Brasil, 2019b; Hildebrand, 2010).

A melhoria na qualidade da assistência pré-natal tem sido apontada como uma estratégia fundamental para redução da SC (Saraceni et al, 2017). Estudos sobre avaliação do pré-natal sinalizam para oportunidades

perdidas, quando descrevem que 30% a 70% dos diagnósticos de SG tardios (Domingues et al, 2014).

Os principais fatores relacionados ao insucesso na redução deste agravo, são barreiras para o acesso pleno aos serviços de saúde, a falta de solicitação do exame sorológico no pré-natal e a abordagem inadequada dos parceiros das mulheres com resultado positivo (Saraceni et al, 2017; Silva, 2016).

Analisar as ações relacionadas ao tratamento da SG e à prevenção da SC na Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental, pois é neste nível que deveriam ocorrer as ações de promoção e prevenção com foco na longitudinalidade do cuidado e na criação de vínculo.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo foi realizado no território da Unidade de Saúde da Família de Consolação, Vitória-ES, com população de 14.465 moradores com 96% de dependência do SUS. Este território de saúde é marcado pela vulnerabilidade social, baixa escolaridade e alta incidência de sífilis.

Abordagem quantitativa

Foi analisado o perfil epidemiológico de casos de SG, em mulheres residentes acompanhadas no território, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período 2013-2017, baseado no Relatório de fichas de notificações registradas na Rede Bem Estar, sistema informatizado da Secretaria Municipal de Vitória. Das 57 mulheres identificadas, 12 casos foram excluídos por não serem residentes, um por falso positivo, duas notificações glosadas e dois casos de mulheres em situação de rua que mudaram do território. Foram analisados 40 casos de SG, correspondentes 38 mulheres, pois duas mulheres tiveram duas gestações com SG com diferentes características no período.

Foram descritas características sociodemográficas e do diagnóstico e tratamento da sífilis da gestante, do parceiro e do recém-nascido (RN). Os hábitos durante o PN foram descritos a partir da referência de uso de álcool, fumo e drogas ilícitas pela gestante. Para análise da adequação do diagnóstico e tratamento da

SG e SC, foi feita a comparação das condutas adotadas com as recomendadas no “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais” (Brasil, 2019b).

Na coleta dos dados foi priorizada a análise dos prontuários eletrônicos. Houve a complementação com prontuários eletrônicos dos parceiros e RN, cartões de acompanhamentos, relatórios de alta após o parto, quando disponibilizados.

Os principais indicadores foram a taxa de detecção da SG, taxa de incidência de SC, e outros relacionados à assistência PN e ao parto e percentagem de execução e positividade do teste treponêmico aos 18 meses nos RN. Para denominador das taxas foram utilizados os dados do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) (Brasil, 2019a). Os dados foram tabulados e sua análise realizada com a utilização de software SPSS 16.0.

Abordagem qualitativa

Foram entrevistadas cinco mulheres notificadas por SG nos anos de 2016-2017, contatadas por telefone ou pela oportunidade do comparecimento à Unidade Básica de Saúde (UBS). Como critério de seleção das entrevistadas buscou-se explorar os diferentes perfis de vulnerabilidade dos casos de SG: duas com parceiros fixos e ausência de uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, duas com referência ao uso de drogas ilícitas, uma em situação de rua; e um caso com diagnóstico de déficit cognitivo, que foi excluída da análise pelas limitações de compreensão das perguntas apresentadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Nas entrevistas, foram utilizadas as seguintes questões disparadoras: “como foi para você o diagnóstico de SG?”; e “onde ou de quem você buscou apoio?”.

O método de avaliação das entrevistas transcritas foi a análise temática, manual e interpretativa em pares. As etapas da análise foram constituídas de leituras e releituras compreensivas, nas quais foram buscadas ideias implícitas e explícitas para constituição dos núcleos comuns ou conflitantes das narrativas e categorização temática. Esta análise considerou as dinâmicas dos contextos socioeconômicos, institucionais, culturais, familiares e de gênero que geram vulnerabilidades e interferem no processo de saúde-doença, à luz do conhecimento sobre SG e SC (Muylaert et al, 2014).

No estudo foram observados os Princípios da Bioética das Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo CEP com CAAE nº 96775118.0.0000.5269.

Resultados

No período de 2014- 2017, ocorreram 40 casos de SG e 13 de SC, 893 nv no território de saúde da Unidade de Saúde da Família de Consolação (UBSC). Houve aumento de 37,3 casos de SG em 2014 para 64,3 em 2017, porém a incidência da SC reduziu de 21,5 casos em 2015 para 12,8 em 2017.

Dos casos de SG, 22,5% eram adolescentes; 20% mulheres viviam em situação de rua; 60% eram pardas e 22,5% pretas. Pelo menos 42,5% dos casos tinham relação estável; 45% cursaram até ensino fundamental e 27,5% trabalhavam em atividades remuneradas. Quanto aos hábitos, no mínimo 37,5% das mulheres referiram tabagismo; 27,5%, ingestão de álcool e 27,5%, uso de drogas em algum momento da gravidez. Para dois casos havia informação de transtorno mental não especificado. O percentual de dados ignorados para escolaridade, trabalho remunerado e hábitos variou entre 25% a 30%. (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e hábitos de mulheres portadoras de sífilis gestacional-novembro de 2013 a dezembro de 2017.

| | No total= 40 | % |
|--------------------------|--------------|------|
| Idade | | |
| 15-19 | 9 | 22,5 |
| 20-34 | 24 | 60 |
| 35-44 | 7 | 17,5 |
| Bairro | | |
| Consolação/Gurigica | 26 | 65 |
| São Benedito | 6 | 15 |
| Situação de rua | 8 | 20 |
| Situação Conjugal | | |
| União Estável / casada | 17 | 42,5 |
| Solteira | 13 | 32,5 |
| Ignorado | 10 | 25 |

| Cor de pele | | |
|---------------------|----|------|
| Branca | 4 | 10 |
| Parda | 24 | 60 |
| Preta | 9 | 22,5 |
| Ignorada | 3 | 7,5 |
| Escolaridade | | |
| 0-4 | 5 | 12,5 |
| 5-8 | 13 | 32,5 |
| 9 ou mais | 9 | 22,5 |
| Ignorado | 12 | 30 |
| Trabalho remunerado | | |
| Sim | 11 | 27,5 |
| Não | 17 | 42,5 |
| Ignorado | 12 | 30 |
| Uso de Droga | | |
| sim | 11 | 27,5 |
| não | 18 | 45,0 |
| Ignorado | 11 | 27,5 |
| Fumo | | |
| sim | 15 | 37,5 |
| não | 14 | 35,0 |
| Ignorado | 11 | 27,5 |
| Uso de álcool | | |
| sim | 13 | 32,5 |
| não | 16 | 40,0 |
| Ignorado | 11 | 27,5 |
| Transtorno mental | 2 | 5 |

Fonte: Elaboração própria.

Caracterização da Assistência PN

A maior parte (65%) da assistência PN da SG ocorreu exclusivamente na UBSC e 27,5% dos casos foram referenciados para serviços de PN de alto risco. Dos casos de SG, 95% realizaram pelo menos uma consulta PN e 52,5% tiveram sete ou mais consultas. Dos 8 casos (20%) que tiveram menos de quatro consultas

registradas/ignoradas, sete estavam em situação de rua e/ou referência de uso de drogas. Apenas duas gestantes foram notificadas na maternidade: uma sem assistência PN (situação de rua, histórico de SG e uso de drogas) e outra positivou no período periparto (transtorno mental). O início da assistência PN ocorreu no 1º trimestre de gestação em 57,5% das gestações com SG e 35%, no 2º trimestre. O Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) foi solicitado na primeira consulta do PN para 95% dos casos. O teste rápido foi registrado em 37% dos casos, sendo todos positivos (Tabela 2).

Quanto ao tratamento, todas as prescrições analisadas nos registros do PN foram adequadas conforme o protocolo estabelecido. Não houve tratamento para dois casos, um sem assistência PN e outro que positivou após os exames do 3º trimestre. Em relação à execução do tratamento, 75% dos casos realizaram o tratamento adequadamente. Porém para 17,5% dos casos, houve inadequação: cinco casos de mulheres em situação de rua e um de portadora de déficit cognitivo sem tratamento e um caso, no qual o tratamento foi parcial. O monitoramento sorológico para avaliar o tratamento da SG no pré-natal, realizado com testes não treponêmicos, foi incompleto para 57,5 dos casos. Apenas 5% dos casos tiveram monitoramento adequado (Tabela 2).

Tabela 2. Características da Assistência pré-natal a de mulheres portadoras de sífilis gestacional-novembro de 2013 a dezembro de 2017.

| | No | % |
|--|----|------|
| Local do pré-natal | | |
| UBS | 26 | 65 |
| UBS + Pré-natal de Alto risco Obstétrico | 9 | 22,5 |
| UBS+ Plano de saúde | 2 | 5 |
| Alto Risco Obstétrico | 2 | 5 |
| Sem pré-natal | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Nº de consultas | | |
| 0 | 1 | 2,5 |
| 1-3 | 6 | 15 |

| | | |
|---|----|------|
| 4-6 | 11 | 27,5 |
| >7 | 21 | 52,5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Início do pré-natal | | |
| 1º trimestre | 23 | 57,5 |
| 2º trimestre | 14 | 35 |
| 3º trimestre | 1 | 2,5 |
| Não realizou | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Solicitação VDRL 1º consulta | | |
| sim | 38 | 95 |
| Não | 0 | 0 |
| Não se aplica | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Nº de realizações VDRL | | |
| 1 | 35 | 87,5 |
| 2 | 24 | 60 |
| 3 | 10 | 25 |
| Teste treponêmico | | |
| Positivo | 15 | 37,5 |
| Negativo | 0 | 0 |
| Não se aplica | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 24 | 60 |
| Diagnóstico da sífilis gestacional | | |
| 1º trimestre | 21 | 52,5 |
| 2º trimestre | 14 | 35 |
| 3º trimestre | 1 | 2,5 |
| Parto | 2 | 5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Prescrição adequada | | |
| Sim | 36 | 90 |

| | | |
|--|----|------|
| Não | 0 | 0 |
| Não se aplica | 3 | 7,5 |
| Ignorada | 1 | 2,5 |
| Execução adequada do tratamento | | |
| Sim | 30 | 75 |
| Não | 7 | 17,5 |
| Não se aplica | 3 | 7,5 |
| Monitoramento sorológico | | |
| Sim | 2 | 5 |
| Não | 10 | 25 |
| Parcial | 23 | 57,5 |
| Não se aplica | 3 | 7,5 |
| Ignorado | 2 | 5 |

Fonte: Elaboração própria.

Caracterização das parcerias

Foram solicitados exames de VDRL para 62,5% (n=25) dos parceiros, apenas 40% realizaram (5 positivos e 11 negativos); 12 parceiros realizaram teste rápido (6 positivos e 6 negativos), resultando em oito casos positivos entre parceiros.

Em 67,5%(n=27) houve prescrição adequada dos parceiros, 52,5%(n=21) realizaram pelo menos uma dose de 2.400.000UI de penicilina benzatina concomitante com a gestante, e 42,5% (n=17) realizaram adequadamente o tratamento. Dos parceiros dos oito casos de gestantes em situação de rua, apenas para um houve prescrição de tratamento, contudo não há registro de realização do tratamento de parceiro.

Caracterização do parto e do RN

A maior parte (n= 32; 80%) dos partos ocorreram na maternidade de referência ou no serviço hospitalar, contudo 20% ocorreram em local ignorado. A falta de informação sobre a realização de exames para diagnóstico e tratamento da gestante

e do RN para a maioria dos casos dificultou a análise da conduta clínica. Em relação aos resultados do VDRL para os RN, 27,5%(n=11) apresentaram resultado positivo, 17,5%(n=7) negativos e 55%(n=22) tinham informação ignorada. O tratamento pós-parto imediato foi realizado com penicilina cristalina em apenas 40% (n=16) das crianças, 42,5%(n=17) estavam sem registros. A revisão do teste confirmatório para conclusão de SC aos 18 meses foi realizada em apenas uma criança sendo negativo, 22,5%(n=9) dos casos ainda se encontravam fora da data de revisão.

As cinco mulheres entrevistadas corresponderam a sete casos de vivência de SG, porque duas mulheres tiveram duas gestações com sífilis no período estudado.

As narrativas foram agrupadas em cinco categorias temáticas:

Sentimentos diante do diagnóstico e o desconhecimento dificultam a busca de assistência PN

A descoberta da doença gerou sentimentos como medo, vergonha e consciência de descuido. As gestantes tiveram dificuldade na busca de assistência gerando isolamento social, e afetando o acompanhamento PN. As informações sobre risco de comprometimento permanente da saúde da criança e/ou sofrimento após o nascimento impactaram as mães. Neste período de isolamento, a internet foi fonte de informações, gerando uma imagem “assustadora” da doença.

“[...] pensei até em abortar o neném de vergonha e medo [...]”(E2)

“[...]eu fiquei praticamente com depressão, não queria sair de casa, não aparecia nem para fazer o pré-natal.” (E3)

“[...]nunca me interessei por doença sexualmente transmissível...tinha escutado, mas não dei importância [...]”. (E3)

Medo e sentimento de exposição em relação ao tratamento com penicilina benzatina

A dor da aplicação da penicilina benzatina interfere na adesão ao tratamento, somado ao fato de que sua sequela alérgica é reconhecida como diagnóstico de infecção sexualmente transmissível pela comunidade, provocando constrangimento.

“Porque dói, todo mundo fica sabendo[...].”, “Dói muito...É como se tivesse tirando um pedaço de você... é horrível!” (E2)

Atitudes dos Parceiros diante da SG

Os parceiros foram apontados como responsáveis pela manutenção da SG e criticados por seus comportamentos sexuais e não há responsabilização com a gestação e a doença, mostrando desinteresse no cuidado da própria saúde e medo das injeções.

“O que deu errado foi esse meu parceiro que não se tratou... ele ficava muito com essas meninas de rua... eu me tratava e tinha relação com ele.” (E4)

Por outro lado, as relações afetivas dialógicas estiveram relacionadas a um melhor acompanhamento PN, enfrentamento dos sentimentos negativos e maior adesão dos parceiros ao tratamento.

“[...]ele fez foi me ajudar a botar a cabeça no lugar... ele conversava comigo...a gente ter uma pessoa do lado é sempre bom”. (E3)

O estigma da doença restringe a abordagem nas relações sociais e familiares

As mulheres apontaram a presença do estigma da sífilis. A convivência com a doença se deu de forma solitária ou restrita à relação com o parceiro. Mesmo nas relações de amizade, o preconceito restringiu a construção das redes de apoio. Os relatos expuseram relações conflituosas com as mães devido às atitudes autoritárias.

“Só eu e meu esposo sabia [...]” (E5)

“A família não toca no assunto[...] eu contei que estava fazendo tratamento, mas não contei do que que era... por motivo de vergonha”. (E5)

“[...] cheguei a contar para uma amiga minha, mas só que ela fez foi brigar comigo[...]”. (E3)

Equipamentos sociais ou institucionais não foram pontuados como acolhedores. As entrevistas sinalizaram a estratégia de busca ativa realizada pela equipe de saúde como uma abordagem importante para o acesso e acolhimento.

O acompanhamento pré-natal: a percepção e o vínculo com a gravidez

A percepção da própria gravidez e o vínculo da mãe com a gestação foram mais tardios entre as usuárias de drogas ilícitas e a portadora de déficit cognitivo, o que levou ao atraso no diagnóstico e tratamento. As mulheres percebiam a importância do acompanhamento PN, desejavam realizá-lo mais precocemente, mas não o fizeram. A fala de uma gestante em situação de rua enfatiza o desejo de cuidar-se e ser cuidada, referindo-se à unidade de saúde como referência para o seu cuidado. O Consultório na Rua e a busca ativa foram mencionados como estratégias que ampliou o cuidado.

“[...] comi muito e quando fui ver já estava no finalzinho [...]” (E2)

“Mais confiança em alguém... eh, daqui (UBS), também tem influência.” (E2)

“C. (agente comunitária de saúde) me ligava, ia lá na minha casa... ligava para minha mãe... via minha irmã na rua... Vocês correram atrás [...]” (E3)

A experiência de acompanhamento PN reforçou o entendimento de que um acompanhamento regular pode ter efeito protetivo.

“[...] eu fiz o tratamento direitinho, fiz o pré-natal direito, aí, graças a Deus que ele nasceu bem.” (E5)

Discussão

A análise das características e das vivências das mães no processo de gestação com diagnóstico de SG permitiram o conhecimento do perfil epidemiológico e do processo e resultado da assistência prestada no território. Foi possível conhecer

aspectos peculiares do território que contribuem para a construção de planos de enfrentamentos mais dinâmicos e efetivos na eliminação da SG e da SC.

O perfil sociodemográfico dos casos segue o padrão de vulnerabilidade social: mulheres jovens, não brancas, de baixa escolaridade e baixo percentual de trabalho remunerado (Benzaken et al, 2020; Peeling & Mabey, 2016). Características como consumo de drogas ilícitas, álcool e fumo, e, particularmente, o registro de transtornos mentais e de ter como local de moradia a situação de rua identificadas neste estudo, criam imbricado quadro de vulnerabilidades que influencia a não adesão ao PN e ao tratamento.

A relação com o uso de drogas ilícitas foi descrita num estudo sobre fatores de risco associados à SG. Além do baixo nível socioeconômico, multiparidade e menor número de consultas, foi identificado que o uso de drogas desde a adolescência, assim como o uso de drogas pelo parceiro, está associado ao diagnóstico de SG (Macêdo et al, 2017).

Este contexto contribui para o comprometimento do protagonismo da mulher nas ações em benefício da criança e de si própria, e acentua o papel dos diferenciais de gênero na perpetuação da sífilis/DST (Madureira & Trentini, 2008).

Este estudo apontou algumas fragilidades da assistência pré-natal e ao parto sinalizadas em outras pesquisas (Domingues et al, 2012, 2014; Hildebrand, 2010). Considerando os critérios de eliminação da SC definidos pela OMS (2015), a cobertura de assistência PN e de testagem para SG $\geq 95\%$ foram atingidas em relação aos casos de SG, porém o percentual de tratamento ficou abaixo da meta proposta.

Esta pesquisa sinalizou outras fragilidades como a baixa utilização do teste rápido, registros incompletos que não permitiram um melhor conhecimento sobre características da mulher e identificação da parceria para realização da busca ativa, o que reflete falhas no acolhimento e no aconselhamento pré e pós-teste, significando que o PN não tem assegurado um desfecho favorável em relação controle da SG e SC (Brasil, 2019; Silva, 2016; Wijesooriya et al, 2019).

Por outro lado, um ponto forte a ser considerado neste estudo foi realização do diagnóstico no PN de 92,5% dos casos de SG, permitindo o tratamento em tempo hábil. Outros resultados também foram promissores como: o percentual elevado de diagnóstico antes do terceiro trimestre, de notificação, de solicitação e realização do VDRL na primeira consulta, de prescrição adequada e a acessibilidade à penicilina (Brasil, 2017; Domingues et al, 2012; Saraceni et al, 2017).

A redução do tempo entre a coleta e a liberação do resultado das sorologias na estratégia municipal pode estar relacionada à subutilização do teste rápido de sífilis, sendo priorizado o seu uso para situações de risco social (SMS, 2017).

A abordagem da parceria é uma fragilidade da prevenção da SC, expressa no percentual elevado de informação ignorada nos registros de saúde (Domingues et al, 2012, 2014; Saraceni et al, 2017, Monteiro & Cortês, 2019). Uma estratégia com foco na abordagem e seguimento qualificados do parceiro é indispensável para o efetivo alcance na redução da prevalência de SC. No entanto, a porcentagem de execução das aplicações foi maior do que a obtida no município de Vitória e em outros estados e mesmo (Brasil, 2017; Domingues et al, 2014; Hildebrand, 2010; Saraceni et al, 2017, SMS-V, 2017). Deve-se considerar, em plano emergencial, a oferta do tratamento oral para os casos que haja resistência e medo da via de aplicação.

A análise do RN ficou comprometida pelo elevado percentual de dados ignorados, o que evidencia a desarticulação entre a Atenção Primária e Terciária à Saúde. (Domingues et al, 2012; Saraceni et al, 2017)

Foram comprometidos a longitudinalidade do cuidado nas primeiras consultas do puerpério e do acompanhamento de RN alto risco. No entanto, os resultados parecem sinalizar um avanço na qualidade da assistência como a redução da incidência de SC em um quadro de aumento da detecção de SG (SMS-V, 2017).

A análise das entrevistas permitiu identificar categorias relacionadas à vulnerabilidade social, que impactam na assistência PN. Os relatos reforçaram a necessidade de vínculos, particularmente para aquelas com histórias de vida que envolveram drogadição (Silva, 2016; Macedo et al, 2017), os transtornos mentais e situação de rua. Estas fragilidades devem ser consideradas para nortear estratégias municipais de eliminação da SC, como a ampliação da busca ativa. Portanto as equipes do Consultório na Rua e da ESF devem estar sensibilizadas e articuladas para acolher esta população oportunamente.

O desconhecimento, a culpa e o estigma da SC revelados na narrativa das mulheres, categorias identificadas em estudo realizado no sul do Brasil (Silva et al, 2019), trouxeram limites para buscar/receber apoio nas redes de apoio e junto aos parceiros. Foi possível sinalizar períodos de prática de segredo e dificuldades nas relações familiares e sociais, o que pode ter contribuído para retardar o acesso ao serviço de saúde.

Isto demonstra a necessidade de abordagem contínua dos temas “infecções sexualmente transmissíveis”, “planejamento reprodutivo” e “relações de gênero”, com adoção de metodologias que tornem as informações mais acessíveis à população para prevenção da incidência e reincidência da SG.

Considerações finais

O aumento da taxa de detecção da SG pode refletir um maior acesso a atenção pré-natal, um aprimoramento do processo de diagnóstico, um aumento das notificações, assim como a necessidade de avançar na qualidade da informação. Foram observados avanços na assistência pré-natal aos casos de SG relacionados ao maior número de consultas, diagnóstico e tratamento antes do 3º trimestre e ao reconhecimento do papel da busca ativa. Porém, fragilidades como a vulnerabilidade social das mulheres, o percentual de início do pré-natal precoce e de monitoramento sorológico adequado, o envolvimento das parcerias e a falta de registro de informações comprometem a qualidade do acompanhamento dos RN, das mulheres e de seus parceiros.

Este estudo não pretendeu exaurir as possibilidades de narrativas, tendo em vista o número reduzido de pessoas entrevistadas. Apesar desta limitação, foram identificados aspectos de uma teia social complexa que podem ser comuns a outros territórios, cuja compreensão contribui para enfrentar o desafio de reduzir a SG e SC.

Para uma resposta assertiva à doença, ações efetivamente integradas entre a saúde, educação, setores sociais e comunidade devem ser planejadas, com especial atenção às pessoas em situação de rua e afetadas por outras vulnerabilidades.

Referências

- Benzaken, A. S., Pereira, G. F. M., Cunha, A. R. C., da Souza, F. M. A., & Saraceni, V. (2020). Adequação do pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis na gravidez: estudo com dados abertos das capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), e00057219.
- Brasil, MS. (2019a). Sífilis 2019. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Número Especial | <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>.
- Brasil, MS. (2019b). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde.
- Domingues, R. M. S. M., Hartz, Z. M. de A., & Leal, M. do C. (2012). Avaliação das ações de controle da sífilis e



PLANO DE PARTO NO SUS: TRAJETÓRIA DE MULHERES DESDE O PRÉ-NATAL ATÉ A MATERNIDADE

Ana Clara Fonseca Santos
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez

Introdução

A assistência obstétrica no Brasil ainda é marcada pelo excesso de intervenções médicas e de práticas com pouca evidência científica, carência de tecnologias e peregrinação das mulheres por leitos no momento do parto (Diniz, 2009).

Diante deste cenário, acumulam-se evidências danosas para a mulher e a criança, como aumento na taxa de prematuridade (Victora, 2013); crescimento da mortalidade materna (Diniz & Chacham, 2006); e violação do direito fundamental à dignidade das mulheres nas instituições hospitalares (Diniz et al, 2015; OMS, 2014).

O modelo hegemônico de assistência obstétrica está fortemente ligado à construção histórico-cultural das relações de gênero e poder, como a patologização dos processos naturais do trabalho de parto, o aumento da autoridade dos profissionais de saúde em detrimento da autonomia da mulher (Maia, 2010; Mott, 2002) e a medicalização do parto.

No Brasil, uma a cada quatro mulheres, sofre algum tipo de violência durante o parto (Zorzam, 2013), muitas vezes invisibilizada e naturalizada no cotidiano hospitalar, e até despercebida pelas parturientes (Diniz, 2015). Diante deste cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece a violência obstétrica (VO) como um problema de saúde pública (OMS, 2014).

Estratégias desde a Atenção Primária à Saúde (APS) para reduzir a exposição das mulheres à VO, com ações individuais, familiares e comunitárias desde o pré-natal até o âmbito social, político e institucional, são recomendadas (Tesser et al, 2015).

Surge nesse contexto, a estratégia do Plano de Parto (PP), recurso pouco utilizado no Brasil, mas importante para a proteção e informação das mulheres durante o parto, e que consiste em uma carta de intenções, na qual a gestante declara qual é o atendimento que espera para si e para seu bebê durante o parto e nascimento, incluindo quais os procedimentos e intervenções que aceitaria receber (Andrezzo, 2016; Hidalgo-Lopezosa et al, 2017; Rodrigues, 2017; Tesser et al, 2015).

- do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12(3), 269–280. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300007>.
- Domingues, R. M. S. M. & Leal, M. do C. (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(6), e00082415.
- Domingues, R. M. S. M., Szwarcwald, C. L., Junior, P. R. B. S., & Leal, M. do C. (2014). Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Revista de Saúde Pública*, 48(5), 766–774. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>.
- Hildebrand, V. L. P. C. (2010). Sífilis Congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros. *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz*.
- Macêdo, V. C., Lira, P. I. C., Frias, P. G., Romaguera, L. M. D., Caires, S. F. F., Ximenes, R. A. A. (2017). Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controlado. *Revista de Saúde Pública*, 51 (78). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>.
- Madureira, V. S. F. & Trentini, M. (2008). Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1807-1816.
- Monteiro, R., Cortês, P. P. R. (2019). A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico. <http://editora.universidadedevasouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1934>.
- Muylaert, C. J., Sarubbi Jr, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014). Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(spe2), 184–189. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000800027>.
- OMS. (2015). Orientaciones Mundiales sobre los criterios y procesos para la validation de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. OMS, 1–32. <https://doi.org/978924350588>.
- Pan American Health Organization. (2015). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Paho HQ Library Cataloguing-in-Publication Data Washington DC Paho.
- Peeling, R. W., & Mabey, D. (2016). Celebrating the decline in syphilis in pregnancy: a sobering reminder of what's left to do. *The Lancet Global Health*, 4(8), e503–e504. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30154-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30154-1).
- Saraceni, V., Pereira, G. F. M., Da Silveira, M. F., Araujo, M. A. L., & Miranda, A. E. (2017). Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: Dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 41(1), 1–8.
- Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SMS-V). Diagnóstico Situacional de Saúde do Município de Vitória: Atualização da Mortalidade Infantil, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita. Vitória (ES), 2017.
- Silva, V. S. T. da. (2016). Os (Des)caminhos da Sífilis Congênita no Município de Botucatu / São Paulo [Universidade Estadual Paulista]. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/138179/silva_st_me_botu.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- Silva, J. G., Gomes, G. C., Ribeiro, J. P., Goulart, J. P., Nobre, C. M., Nörberg, P. K. O., Mota, M. S. (2019). Sífilis congênita no recém-nascido: repercussões para a mãe. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, p. e41031.
- Wijesooriya, N. S., Rochat, R. W., Kamb, M. L., Turlapadi, P., Temmerman, M., Broutet, N., & Newman, L. M. (2019). Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health system modelling study. *Lancet Glob Health*, 4(8) <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>.

Para a OMS, o Plano de Parto está classificado como categoria “A” de evidência e no Brasil sua utilização está prevista na portaria no 1020/GM/MS, de 2013, e nas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), as gestantes têm acesso à proposta do PP durante o pré-natal a partir da caderneta da gestante (3ª edição), onde consta uma página em branco para redigir o PP desejado.

O PP beneficia as mulheres, possibilitando que expressem seus valores, medos e necessidades no parto; favorecendo o protagonismo feminino e tornando a mulher mais consciente e informada; e melhorando a comunicação com a equipe da assistência ao parto. Mas pode gerar aumento de tensão e de conflitos entre os envolvidos, quando a mulher bem orientada pode recusar intervenções desnecessárias durante o parto, pode também, ser hostilizada no atendimento (Andrezza, 2016; Rodrigues, 2017; Tesser et al, 2015).

A implantação do PP na rotina dos serviços na APS pode contribuir com uma assistência hospitalar humanizada, sensível e de práticas baseadas em evidências. Elaborar essa estratégia em conjunto promove a reflexão da equipe de saúde sobre a realidade da assistência ao parto e a sensibiliza para atuar nesse cenário. Sendo fundamental que as atividades estejam em constante diálogo com o serviço hospitalar de assistência ao parto (Andrezza, 2016; Tesser et al, 2015).

Desse modo, o PP vislumbra-se como potente dispositivo autoanalítico dos atores envolvidos, com maior compartilhamento dos poderes, saberes e práticas entorno do PP, o que permite criar conexões entre a mulher, a APS e o local do parto, para refletir e agir sobre as intervenções desnecessárias e sem evidências científicas.

Na APS, são poucas as experiências sobre o PP, principalmente no Nordeste, região com menor prevalência da utilização das boas práticas na assistência ao parto (Leal et al, 2014). Nesse sentido, este estudo objetivou compreender a trajetória de mulheres desde a construção do plano de parto no pré-natal até a vivência do parto normal na maternidade de um município baiano.

Método

A partir de um recorte da pesquisa, intitulada “A estratégia do plano de parto na saúde da família em um município baiano”, aprovada pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia, sob o Nº CAAE 2.950.660; este estudo descritivo, de abordagem qualitativa possibilitou uma maior aproximação e compreensão com a experiência das mulheres (Minayo, 2014) sobre o processo da construção do plano de parto durante o pré-natal até o desfecho do parto normal na maternidade de referência, descrevendo a percepção dessas mulheres e analisando aspectos importantes vivenciados por elas.

O cenário foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município baiano. Quatro mulheres atenderam aos critérios de inclusão: maior de 18 anos, elaborar seu PP no pré-natal e ter seu parto normal na maternidade de referência, durante o período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas na primeira semana da visita puerperal, com base na pergunta norteadora: Como foi a experiência de construir seu plano de parto e ter seu parto normal no hospital de referência?

O tratamento dos dados, direcionado pela análise de conteúdo de Bardin (2011) seguiu as fases de pré-análise (leituras e releituras flutuantes), exploração do material (unidades de registro, codificação e categorização) e tratamento dos resultados e interpretação (inferência e significação), e deu lugar aos resultados apresentados a seguir.

Resultados e Discussão

Vivência das mulheres com o parto normal na maternidade de referência

Neste estudo, foi analisada a narrativa de quatro mulheres que iniciaram a construção dos PP no pré-natal e seguiram até o desfecho do trabalho de parto e parto normal hospitalar. Emergiram da análise dos resultados, três categorias: “**À margem da humanização**”, “**Testemunhas da violência obstétrica**” e, “**Eu disse Não!**”.

As mulheres receberam nomes fictícios como Clarice, Marielle, Elza e Carolina, com idades de 23, 28, 30 e 42 anos, respectivamente. Duas eram primigestas e duas estavam na terceira gestação. Duas se autodeclararam brancas e as outras duas, parda e preta, respectivamente.

À margem da humanização

O direito ao acompanhante garantido por lei desde 2005, está frequentemente sujeito ao critério do profissional de saúde e à justificativa da adequação da estrutura física (Andrezza, 2016; D’Orsi et al, 2014).

Assim, algumas mulheres relataram acompanhamento contínuo de familiares durante o parto, e outras, acompanhamento parcial dos parceiros:

“[tive acompanhante] o tempo todo e na hora do parto chamaram minha irmã” (Elza).

“Aí eu fiquei lá no corredor com outra paciente, aí não ficou nem o acompanhante da paciente, nem o meu. [...] na sala de parto, também não ficou comigo” (Marielle).

“Meu esposo ficou até quando eu passei pra sala de parto [...]. Na hora do parto [...] lá no hospital não tão liberando pra entrar não” (Carolina).

Marielle se mostrou compreensiva diante da justificativa da equipe para o impedimento da entrada do acompanhante. Já o acompanhante da **Carolina** não recebeu convite da equipe, o que evidencia dificuldades que devem ser superadas para a garantia desse direito durante todos os momentos do parto normal.

O apoio contínuo durante o trabalho de parto traz benefícios para as mulheres e os recém-nascidos, como a maior possibilidade de um parto vaginal espontâneo, menor duração do trabalho de parto e melhor experiência de parto. A presença do acompanhante durante o parto e nascimento fornece apoio e segurança para o parto humanizado (Souza & Gualda, 2016). E quando o acompanhante conhece o Plano de Parto, também atua como agente protetor contra a violência obstétrica e garante o apoio emocional, a dignidade e a autonomia da mulher nesse processo (Castro, 2020).

Nos PP, as mulheres registraram o desejo de beber água, sucos e alimentos nos seus partos, mas nas narrativas, as mulheres relataram sentir sede e fome durante o parto:

“Teve um suco, horrível [...] levaram sem eu pedir [...] não consegui [beber]... aí, fiquei até a noite com fome” (Elza).

A restrição de líquidos ou alimentos no parto de mulheres com risco habitual não tem evidências científicas. Mas a prática é comum nas maternidades brasileiras e menos de 30% das mulheres se alimentam durante o trabalho de parto (Leal et al, 2014; Singata & Tranmer, 2013).

As narrativas, refletem também, como algumas mulheres receberam soro com ocitocina:

“Eu já tava sentindo muitas dores a madrugada toda [...] e aí a médica falou - vou colocar o soro pra antecipar, pra andar mais rápido porque já tá perto [...] quando coloca a ocitocina é pior ainda [...] parece que o osso tá deslocando, foi uma coisa terrível” (Clarisse).

A infusão de ocitocina apresenta-se como uma intervenção necessária para encurtar o tempo do trabalho de parto e expõe o protagonismo do obstetra em detrimento da autonomia das parturientes (Nucci & Teixeira 2018). Para Diniz (2009) a “correção do corpo feminino” se reproduz no setor privado a partir das cesáreas agendadas. Enquanto no SUS, onde não está autorizado evitar este evento, entendido como negativo, cabe abreviar o tempo com indução de ocitocina, episiotomia e fórceps.

Os relatos das mulheres expõem suas experiências sobre o procedimento de episiotomia:

“[...] a médica falou: só vou dar um cortezinho aqui, viu? - já tava lá mesmo [...] fiquei de mãos atadas, na verdade” (Elza).

“Eu fiquei com muito medo, dele morrer ou eu, [...] eu já tava sentindo uma dor que não era contração [lágrimas nos olhos e voz embargada] mas deu tudo certo. Na hora que ele cortou, ele saiu, ele deu um chorinho e eu agradei [...]” (Carolina).

Enquanto **Elza** foi apenas comunicada sobre o procedimento e não pôde questionar, **Carolina** julgou a episiotomia como necessária, indo de acordo com o disposto no seu PP. Fragilizadas e tomadas pelo medo, a condição favoreceu a hierarquia de poder e a supremacia do conhecimento médico, e as mulheres acabaram aceitando a intervenção.

Durante o pré-natal, as mulheres tinham a ideia de que não existia a possibilidade de um parto normal sem episiotomia, e entendiam essa intervenção como uma “ajuda” no parto. E, apesar das orientações dadas sobre esse procedimento, nos PP, algumas mulheres autorizaram a episiotomia, se necessário.

A OMS (2018) reconhece não haver evidência que prove a necessidade de episiotomia em qualquer situação. No entanto, o corte acontece em mais da metade dos partos naturais no Brasil (Diniz & Chacham, 2006; Leal et al, 2014).

Sens & Stamm (2019) revelaram no seu estudo que mulheres mais bem informadas, que estabeleceram boa relação com a equipe e geraram pouca demanda assistencial, foram consideradas como mais fáceis de lidar. Paradoxalmente, estas passaram a ser inconvenientes quando recusavam ou questionavam intervenções, demonstrando a dificuldade dos profissionais de sustentarem o respeito à autonomia. O estudo de Sena (2016) constatou que as mulheres entrevistadas foram violentadas ao manifestarem sua recusa a algum procedimento e poucas afirmaram terem condições emocionais para enfrentar a equipe de saúde.

As mulheres não tiveram possibilidade de acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor. Como descrevem a seguir:

“Eu não utilizei o cavalinho [...] a sala de pré-parto tem chuveiro [...]. Quando entra eles explicam que você pode usar. Mas não tinha quem ensinasse não (Clarisse).

“Métodos para alívio da dor não tem, inclusive medicamentoso, teve pessoas do meu lado que pediram e elas falaram - É normal pra parir, sentir dor, não tem remédio que passe essa dor” (Elza).

Embora existissem métodos disponíveis no serviço, havia limitações para seu uso relacionadas com deficiência na estrutura física, déficit de recursos humanos e falta de qualificação profissional.

Marielle foi a única que utilizou alguns recursos para alívio da dor e sobre isso fala:

“[...] eu perguntei: posso usar essa bola aqui? Ai me disseram que podia, aí eu peguei e usei, fiquei lá o tempo todo, até ele nascer. [...]. Fui no banheiro, tomei um banho [...] mas estava muito gelada a água (Marielle).

Os discursos evidenciaram, a reafirmação do poder do profissional, naturalizando a dor do parto e omitindo a responsabilidade do cuidado da parturiente.

Testemunhas da violência obstétrica

As mulheres entrevistadas relataram práticas violentas e alguns comentários ríspidos e desrespeitosos dos profissionais, principalmente, com as mulheres que se manifestavam mais durante o parto:

“No pré-parto, você escuta mais, né? [...] piadinhas e aquele sub julgamento, né? Exemplo, tinha uma moça lá que ela tava no nono filho dela. O rapaz virou pra ela e disse: - Você já não pariu oito vezes? Você não sabe o que é dor de parir?” (Clarisse).

“[...] moça que tava do meu lado, a médica não tinha paciência nenhuma com ela. E aí foi a que mais me deu medo, né? Porque você não quer que você passe por aquilo” (Clarisse).

As entrevistas refletem sensação de abandono e medo. Sena (2016) considera que o abandono emocional leva as mulheres à resignação, aceitando qualquer tipo de tratamento, por pior que ele seja, com incapacidade de reagir diante do sentimento de falta de amparo ou escuta. Como revelaram as entrevistadas:

“Como já sei a fama do hospital, fiquei na minha, né? Procurei não chamar muito a equipe” (Elza).

“Quando grita eles meio que entorta a cara, aí eu ficava com muito medo deles me rejeitarem. Aí eu ficava mais aguentando assim no gemido, de vez em quando soltava um “Ai” (Carolina).

As mulheres adotaram esse padrão de comportamento como mecanismo de defesa, por medo de retaliações. Essa situação, expõe as mulheres e crianças a riscos físicos e psicológicos, no local que se acredita ser o mais seguro para o parto normal.

“O médico falou pra mim que eu não ia parir normal [...], ele virou pra enfermeira e disse: - “Ela não vai parir normal porque ela está com medo”. - Só que ele não sabia que meu medo maior era a cesárea, muito medo de

cesárea, Nossa Senhora! Por que, né? A questão visual, ele achou que eu não ia conseguir parir normal” (Clarisse).

Nesse relato, a parturiente foi subjugada pelo profissional com ironia e não foi poupada da violência. Explícito abuso emocional também conhecido como *gaslighting*, quando o homem faz à vítima, mulher, perder a habilidade de confiar em suas próprias percepções.

A violência obstétrica atinge majoritariamente às mulheres negras, sendo as que mais peregrinam para o parto, não possuem direito ao acompanhante, recebem menos anestesia local para episiotomia e estão em maior risco de morte materna. No Brasil, a razão da mortalidade materna é duas vezes e meia maior para mulheres pretas em comparação com as brancas (Leal et al, 2017).

Neste estudo, não foi questionado às entrevistadas sobre a existência de preconceito racial na assistência ao parto. No entanto, o racismo institucional é exposto a partir do discurso de **Clarisse**, a qual refletiu que pelo seu fenótipo (branca e olhos claros), o médico desacreditou da sua capacidade de parir normal. A conclusão de Clarisse converge com o estudo de Hoffman et al (2016), o qual revelou a falsa crença entre estudantes de medicina e residentes, que pretos são mais resistentes à dor.

“Eu disse não!”

A autonomia das mulheres teve alguma aparição nos relatos, quando questionaram alguns momentos de contato com os profissionais de saúde durante o parto.

“O médico falou que não dava para passar, ele tava tentando fazer [kristeller], mas sempre eu dizia que não, ele disse: “só quero ajudar”, mas eu disse “não, não!” (Clarisse)

“[...] eu lembrei logo [do plano de parto]. Ai, pronto, eu disse que não! O médico falou: “então faça força”, eu disse: “Eu faço” (Elza)

Como observado, as mulheres relataram momentos em que se posicionaram diante da equipe de assistência ao parto na tentativa de atingir o que

desejavam ou se proteger. **Elza** reagiu contra a manobra kristeller e **Clarisse** não aceitou a opinião do médico e pariu normal. Enquanto **Marielle** decidiu não ficar restrita na maca alocada no corredor para ela e por própria vontade, optou por caminhar no corredor do pré-parto, utilizar a bola suíça e o chuveiro. No meio desse cenário desfavorável, assumiram o protagonismo dos seus partos.

As mulheres deste estudo decidiram assumir outro lugar, até então novo para elas. Para além de instrumento de informação, a construção do plano de parto foi agenciadora do desejo destas mulheres. Enquanto redigiam seus planos, se permitiram sonhar com um parto respeitoso e a “fama” do hospital não as tolheu.

Marielle vivenciou seus três partos no hospital de referência e compara sua experiência atual de parto com os anteriores:

Diferente foram os exercícios que eu fiz, foi o que me ajudou. Eu senti mais dor, mas foram dores que eu aguentei a suportar. Acredito que foi por causa do exercício que eu fiz. Eu comecei a sentir dor umas cinco horas da manhã [...]. Ai dancei, coloquei música pra dançar, em casa, fazendo exercícios com a bola. Às cinco horas da tarde fui pro hospital. Ai quando eu cheguei lá eu já estava com seis centímetros já. Nos outros eu passava mais tempo em casa, porque eu pensava assim, eu só vou quando eu não estiver aguentando mais. Mas quando chegava no hospital só tinha dois centímetros de dilatação. Então foi muita diferença. Desta vez, também tomei banho quente, eu comprei uma bacia grande em casa, enchi de água e fiquei lá, tomei banho um pouquinho, ficava um pouquinho quando vinha as dores, ai aliviava mais. [...] Eu acredito que a diferença foi essa, com certeza! (Marielle).

O discurso acima demonstra como o acesso à informação tornou **Marielle** mais segura, ao ponto de saber o que lhe faria bem no trabalho de parto. Se permitiu ficar em casa até o momento certo e deste modo, usufruir da privacidade, cuidados, convívio com filhos e marido e proteção do seu lar.

Considerações Finais

A construção coletiva do plano de parto durante o pré-natal permitiu que as mulheres vivenciassem alguns momentos de boas práticas durante o trabalho de parto no hospital, como utilização da bola suíça, deambulação, mudança de posição, mas que ocorreu a critério da parturiente, sem encorajamento por parte

da equipe hospitalar, o que revela como as mulheres estavam desassistidas na condução das boas práticas.

O medo e a sensação de abandono estiveram presentes nos relatos das mulheres, tornando algumas experiências de parto normal traumáticas e, apesar da construção dos planos de parto durante o pré-natal, as parturientes assistidas no hospital municipal não foram menos expostas à violência obstétrica, assim como não receberam atendimento diferenciado, seja de retaliação ou de maior cuidado.

A trajetória dessas mulheres desde a construção do plano de parto até o momento do parto normal revelou a importância de discutir temas suscitados nos planos de parto ampliando seus conhecimentos e como esse primeiro momento as tornaram mais críticas, ao ponto de reconhecerem condutas desaconselhadas e se protegerem delas durante seus partos na maternidade de referência.

A implantação da estratégia do plano de parto produz sentido para a prática na Atenção Primária à Saúde. De um modelo focado na rotina de exames e rastreamento de complicações, o pré-natal passa a ser local de informação, compartilhamento de saberes, estímulo para a autonomia e produção de vínculo.

A dificuldade vivenciada nesta experiência para o compartilhamento dos planos de parto evidencia o desafio cotidiano na Saúde da Família para a coordenação e longitudinalidade do cuidado. É necessário um movimento dentro da instituição para mudança do modelo de assistência, com permanentes sensibilizações e treinamentos que envolvam desde a assistência ao parto normal até questões sobre gênero e racismo institucional.

O plano de parto pode ser um instrumento potente para capacitações e implantação de protocolos internos. Para isso, faz-se necessário o fortalecimento de fóruns e espaços deliberativos que reúnam gestores, coletivo de mulheres e trabalhadores da saúde, desde a o pré-natal até o nível hospitalar, para a construção desse diálogo e melhoria da assistência ao parto e nascimento no município.

Referências

- Andrezzo, H.F.A. (2016). Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS [dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
- Brasil. (2017) Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília, DF; 2017. p. 53.

- Castro, Thamís Ávila Dalsenter Viveiros de (2020). Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. *Pensar*, Fortaleza, 25(14), 1-12, jan./mar.
- D'Orsi, E.; Brüggemann, O. M.; Diniz, C. S. G.; Aguiar, J. M. de; Gusman, C. R.; Torres, J. A.; et al (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(suppl 1):S154-68.
- Diniz, C. S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento*. 19(2):313-26.
- Diniz, C. S. G., Chacham, A. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*. August, 1:80-91.
- Diniz, S. G. et al (2015) Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3):377-84.
- Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2953.
- Hoffman, K.M. et al (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(16):4296-301.
- Leal, M. do et al (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1-17.
- Leal, M. C.; Pereira, A. P. E.; Domingues, R. M. S. M. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet], 30(suppl 1): s17-32.
- Maia, M. (2010). Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. FIOCRUZ, organizador. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet], 27:1042-3.
- Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- Mott, M. L. (2002). Assistência ao parto: do domicílio ao hospital. *Proj. História*. São Paulo: 25, p. 197-219.
- Nucci, Marina, Nakano, Andreza Rodrigues, & Teixeira, Luiz Antônio. (2018). Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetria no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 25(4), 979-998.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. OMS – Human Reproduction Program, 5:4.
- Rodrigues, M.S. (2017). Humanização no processo de parto e nascimento: Implicações do plano de parto [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Sena, L.M. (2016). “Ameaçada e sem voz , como num campo de concentração .” A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica [tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Sens MM, Stamm AMN de F. (2019). Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface: Botucatu*, 23:1-16.
- Singata M, Tranmer J GG. (2013). Comer e beber durante o trabalho de parto [Internet]. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-6.



- Souza, Silvana Regina Rossi Kissula, & Gualda, Dulce Maria Rosa. (2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), e4080014. Epub March 22.
- Tesser, C. D.; Knobel, R.; Andrezzo, H. F.; Diniz, C. S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]*, 1–12.
- Victora, C.C. (2013). Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termos no Brasil e explorar possíveis causas. UNICEF: 1-18.
- World Health Organization. (2018). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.
- Zorzam, B. A. O. (2013). Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. DOI: 10.11606/D.6.2013.tde-10112013-223016.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Renata Elisa Brambilla
Nádia Placideli Ramos
Antonio de Padua Pithon Cyrino

Introdução

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é um problema de saúde pública global (Zheng, Ley, & Hu, 2018). No Brasil, o DM2 tem uma prevalência de 8,4% (Malta, 2014) e taxas altas e crescentes de mortalidade específica por diabetes, decorrentes de suas complicações crônicas, que também resultam em altos custos sociais e econômicos com tratamento e internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (Bahia, 2011).

As complicações da DM2 podem ser postergadas mediante adequado controle glicêmico, para o que a Atenção Primária à Saúde (APS) assume um importante papel na atenção integral a seus portadores com ações de promoção, prevenção e tratamento, com destaque a educação para o autocuidado (Salci, Meirelles, & Silvia, 2017).

A hospitalização por complicações agudas e crônicas por DM2 é evitável, e o impacto da APS na redução destas ocorrências pode ser monitorada pela taxa de “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP) (Rodrigues, Alvarez, & Rauch, 2019).

No Brasil a DM2 é uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS) como estabelecido pelo “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022” (Brasil, 2011) e as ações de controle sua definidas mediante estratégias e diretrizes para a APS, redes de atenção e linha de cuidado específica (Brasil, 2013a, Brasil, 2013b).

Avaliar a implantação e desenvolvimento desses planos, estratégias e diretrizes nos diferentes níveis de atenção é fundamental para reorientar as ações de atenção às pessoas com DM2 em busca de maior efetividade da atenção a essa condição nas redes de atenção e serviços de saúde.

Revisão de Literatura

A avaliação da APS visa identificar demandas e traçar estratégias que norteiem as ações ofertadas a fim de promover a atenção em saúde qualificada à população (Placideli et al, 2020).

Neste sentido, o modelo conceitual de Donabedian (1980) de avaliação em saúde permite compreender os serviços em três importantes dimensões: “estrutura”, que descreve o que há no serviço; “processo”, que reflete a interação entre usuários e profissionais (nas práticas de atenção em saúde) e o “resultado”, que medi o impacto da atenção em saúde em grupos e/ou populações.

O Ministério da Saúde (MS) propôs iniciativas para a qualificação da APS, desde 2011, dentre as quais destacamos no âmbito da avaliação o PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), que busca ampliar a efetividade das ações de saúde nesse nível de atenção (Brasil, 2017).

Há outros instrumentos de avaliação na APS – como o PCATool (Primary Care Assessment Tool) e o QualiAB (Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica) - que buscam fomentar a qualidade desta atenção apoiando a tomada de decisão de gestores e equipes de saúde (Prates, 2017; Castanheira, 2016).

A despeito da disponibilidade de bons instrumentos de avaliação, ainda temos uma escassez de estudos de avaliação da qualidade da atenção ao DM2 em serviços de saúde na APS no Brasil.

O presente estudo objetivou avaliar a organização de ações para atenção à saúde das pessoas com DM2 em serviços de APS na região de saúde de Araras, São Paulo, composta por cinco municípios.

Método

Trata-se de pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal, descritiva para avaliar a organização de ações as pessoas com DM2 em serviços de APS, construída a partir da seleção de um conjunto de indicadores do instrumento QualiAB (versão 2016) sobre essa temática.

O Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) é um instrumento de autoavaliação de serviços de APS

validado desde 2007, atualmente instrumento faz parte do Sistema de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica, o qual disponibiliza um Caderno de Boas Práticas para organização dos serviços, com critérios e indicadores adotados na avaliação (Castanheira et al, 2016).

O QualiAB propõe-se a avaliar diferentes tipos de serviço de APS, tanto ESF quanto Unidade Básica de Saúde (UBS), dentre outros arranjos, fato que caracteriza o potencial deste instrumento (Castanheira et al, 2016).

O QualiAB (versão 2016) é composto por 115 questões voltadas a avaliar amplamente a APS, estruturando-se nas dimensões “gestão e gerenciamento local” e “gestão da atenção à saúde” e subdividindo-se em domínios, dentre eles dispõe o de “saúde do adulto e da pessoa idosa” (Placideli & Castanheira, 2017), o que justifica a escolha do instrumento para este estudo.

Os serviços que foram avaliados estão compreendidos em municípios da região de saúde de Araras, São Paulo, que é composta por Araras, Conchal, Leme, Santa Cruz da Conceição e Pirassununga. Apenas o último não aderiu à aplicação do instrumento, ocorrida em 2017, e está fora do estudo.

O estudo envolveu 43 serviços de APS que aderiram à aplicação do instrumento, cuja distribuição nos municípios se estruturou como segue: Araras (22 serviços, 13 Unidade de Saúde da Família (USF); 8 UBS “tradicional” e 1 mista); Leme (15 serviços, 8 USF; 3 UBS “tradicional”, 2 UBS “tradicional” com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 2 como “outras”); Conchal (5 USF) e Santa Cruz da Conceição (1 USF).

Para analisar a organização destes serviços sobre ações na atenção as pessoas com DM2, foi realizada seleção de indicadores do instrumento QualiAB em consonância com as políticas vigentes no país, como o Caderno de Atenção Básica nº 36 (Brasil, 2013a); as “diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” (Brasil, 2013b), “plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis” (Brasil, 2011) e o modelo de avaliação proposto por Ramos (2018).

Foram selecionados 30 indicadores considerados essenciais para avaliar a atenção integral as pessoas com DM2; que compreendem tantos indicadores de questões direcionadas exclusivamente a temática estudada, como por exemplo:

“para pessoas com Diabetes Tipo II, a unidade realiza as seguintes atividades de rotina”, bem como questões com outros enfoques, mas que traziam em algum(s) dos itens de resposta o tema DM2, como: “as estratégias de educação em saúde realizadas na unidade são: realização de grupos de ações programadas (pré-natal, hipertensos e diabetes, outros”.

Os indicadores foram divididos em dois conjuntos: 1 “estrutura na atenção ao DM tipo 2” - composto por sete indicadores voltados a avaliar a estrutura dos serviços -, e 2 “processo de trabalho na atenção ao DM tipo 2”, com 23 indicadores para avaliação do processo de trabalho na atenção ao DM2, descritos no quadro 1.

O plano de análise dos dados pautou-se no cálculo das frequências de respostas dos serviços que aderiu à pesquisa. A análise dos dados foi realizada a partir dos conjuntos de indicadores selecionados utilizando-se o Programa Excel/Windows 10.

Quadro 1 – Indicadores para Atenção as pessoas com DM2 por serviços de APS, segundo aplicação QualiAB (2017).

| Grupos | Indicadores |
|-----------------------------------|---|
| Estrutura na Atenção ao DM tipo 2 | O serviço dispõe de coleta de exames clínicos laboratoriais na atenção às pessoas com DM2 |
| | O serviço dispõe do teste de HGT na atenção às pessoas com DM2 |
| | O serviço dispõe de Eletrocardiograma (ECG) na atenção as pessoas com DM2 |
| | Regularidade dos medicamentos previstos na RENAME na atenção as pessoas com DM2 |
| | Faltas eventuais dos medicamentos previstos na RENAME na atenção as pessoas com DM2 |
| | Faltas frequentes dos medicamentos previstos na RENAME na atenção as pessoas com DM2 |
| | Não dispensa os medicamentos previstos na RENAME na atenção as pessoas com DM2 |

| | |
|--|---|
| Processo de Trabalho na Atenção ao DM tipo 2 | Atendimento sem protocolo na atenção as pessoas com DM2 |
| | Acompanhamento com protocolo na atenção a pessoas com DM2 |
| | Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Microalbuminúria como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Triglicerídeos como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Hemoglobina glicada a cada 3 meses, depois a cada 6 meses como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Exame de fundo de olho como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2 |
| | Orientação de dieta as pessoas com DM2 |
| | Tratamento e/ou prevenção de obesidade na atenção as pessoas com DM2 |
| | Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos na atenção as pessoas com DM2 |
| | Solicitação periódica de exames na atenção as pessoas com DM2 |
| | Avaliação e orientação em saúde bucal na atenção as pessoas com DM2 |
| | Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés na atenção as pessoas com DM2 |
| | Treinamento para autoaplicação de insulina na atenção as pessoas com DM2 |
| | Fornecimento do glicosímetro na atenção as pessoas com DM2 |
| | Atividades em grupo para pessoas com DM2 |
| | Orientação de atividade física para pessoas com DM2 |
| | Orientação e suporte para abandono do tabagismo para pessoas com DM2 |
| | Realização de Grupos relativos às ações programadas como estratégia de educação em saúde realizada na unidade aos pacientes com DM2 |
| Total | 30 indicadores |

Fonte: QualiAB (versão 2016).

Este estudo foi realizado conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, o qual foi aprovado por meio do parecer CEP número 3.197.215.

Resultados e Discussão

O universo estudado correspondeu a 26 (60,46%) USF, 11 (25,59%) UBS “tradicionais”, 2 (4,65%) UBS “tradicionais” com PACS, e outras 4 (9,30%) se autoclassificaram como “outras modalidades”, num total de 43 serviços.

Os resultados da avaliação destes serviços de APS para o conjunto de indicadores “estrutura na atenção ao DM2” quanto a “disporem de estrutura para que os exames possam ser realizados no próprio serviço”, mostra que 43 (100%) dos serviços tem estrutura para realizar glicemia capilar (HGT); 36 (83,7%) para coleta de exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes) e 15 (34,9%) dispõem do eletrocardiograma (ECG) no local. Tais exames realizados nos serviços de APS são primordiais para investigações complementares, uma vez que os resultados serão direcionadores aos cuidados qualificados (Castanheira et al, 2016).

Em relação à “presença dos medicamentos”, previstos na RENAME (2018) (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), nos serviços constatou-se que em 10 (23,3%) deles estão disponíveis com regularidade; havendo faltas eventuais das medicações em 2 (4,7%). Nenhum serviço (0%) indicou a ocorrência de falta frequente desses medicamentos, embora 31 (72,1%) dos serviços não dispensem as medicações previstas. Cabe observar que a não dispensação na unidade pode corresponder ao acesso em outro serviço da mesma rede; entretanto os dados disponíveis não permitem caracterizar qualitativamente tal aspecto.

A assistência farmacêutica na APS tem por característica a descentralização. As secretarias de saúde municipais, estaduais e o MS atuam de forma diferente e complementar. Os municípios menores apresentam baixo poder de negociação por preços acessíveis, além de reduzida infraestrutura e profissionais (Mendes, 2012); pelas características dos municípios estudados estas podem ser dificuldades enfrentadas por eles.

Conforme análise do segundo grupo de indicadores “processo de trabalho na atenção ao DM2” – indicador “atendimento com ou sem protocolo na atenção as pessoas com DM2” -, observou-se que ocorrem atendimentos sem protocolo em 17 (39,5%) dos serviços avaliados e com protocolo, em 17 (39,5%) serviços. Estes indicadores referem-se aos processos que norteiam o atendimento, refletindo àqueles que se utilizam do protocolo uma sistematização do cuidado ofertado.

Os exames de rotina complementar mínima são necessários tanto para um primeiro atendimento e como para o seguimento da pessoa com DM tipo 2 e a frequência com que cada um desses exames deve ser realizado depende do acompanhamento de cada paciente (Brasil, 2013a).

Nos serviços de APS avaliados, os indicadores “exame de glicemia de jejum” e “hemoglobina glicada (HbA1c) (a cada 3 meses, depois a cada 6 meses)” são realizados em 95,30% (41) dos serviços, considerando ambos os indicadores. O controle glicêmico pode ser monitorado tanto pela glicemia de jejum como pela HbA1c. A glicemia pode ser utilizada para orientar doses da medicação e a HbA1c para o controle glicêmico nos últimos meses.

A dosagem da HbA1c passou a ser considerada parâmetro essencial na avaliação do controle do DM, uma vez que seus valores refletem a situação do controle num período entre 60 e 90 dias, e a estabilização do controle em níveis de normoglicemia podem reduzir a progressão da DM2 e o aparecimento das complicações crônicas (Brasil, 2013a).

O DM2 é uma doença cujas complicações crônicas podem ser classificadas em macro (infarto agudo do miocárdio, dentre outras) e microvasculares (retinopatia diabética, dentre outras) e recebem interferências genética; tempo de evolução da doença, hábitos de vida e controle realizado (Salci, Meirelles, & Silvia, 2017).

Além da HbA1c há outros exames importantes para o acompanhamento das pessoas com DM2 e a avaliação da função renal, como expressa o indicador “solicitação de exames de rotina pelas unidades de saúde, como, urina I, microalbuminúria e creatinina sérica”. Os serviços que afirmaram solicitar o exame de urina I foram 39 serviços (90,70%), creatinina sérica 36 serviços (83,70%) e microalbuminúria apenas 20 serviços (46,50%).

Menos da metade dos serviços avaliados afirmaram solicitar o exame de microalbuminúria, o que é preocupante, pois este proporciona o monitoramento de complicações crônicas relacionadas à nefropatia diabética que pode atingir até 40% das pessoas com DM (Brasil, 2013a).

O “exame de fundo de olho”, ou fundoscopia, é uma forma de rastreamento da retinopatia diabética. No DM2 o diagnóstico da retinopatia grave se feito precocemente, apresenta intervenção efetiva, o rastreamento deve ser iniciado no momento do diagnóstico, com periodicidade anual conforme cada caso (Brasil, 2013a).

Constatou-se que apenas 20,9% (9) dos serviços avaliados solicita o exame de fundo de olho, que é um exame de rotina e bastante importante para o diagnóstico precoce de complicações crônicas oculares, que podem levar a perda de visão e cegueira.

Outro indicador que se resalta é “ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2” identificou-se que 20 (46,5%) serviços solicitam. O eletrocardiograma (ECG) pode ser solicitado para avaliação cardiológica, visto que a doença aterosclerótica que afeta as artérias coronárias, cerebrais e periféricas tem seu processo iniciado mais cedo em pessoas com DM e com frequência, manifesta-se de forma mais grave.

A associação entre DM e a doença vascular se dá por dois motivos diferentes, inicialmente pela prevalência aumentada no diabetes dos fatores de risco vasculares já conhecidos Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tabagismo e dislipidemia. E pelo próprio estado diabético que induz anormalidades lipídicas, como valores aumentados nos níveis de algumas lipoproteínas (Brasil, 2013a).

Nesse contexto, os serviços demonstraram na maioria solicitar os exames laboratoriais de rotina relacionados a dislipidemias “colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com DM2”, por 38 (88,4%) deles; “triglicédeos” em 39 (90,7%) e “exame anual de colesterol total e frações, triglicédeos” observado em 33 (76,7%).

Outro fator de risco importante para o desenvolvimento de resistência insulínica no DM2 é a obesidade (Flor, Campos, Oliveira, & Schramm, 2015). Verificou-se que o indicador “tratamento e/ou prevenção de obesidade na atenção as pessoas com DM2” é realizado por 31 (72,1%).

Ainda neste âmbito, quanto aos indicadores de “orientação de dieta” 40 (93%) e “atividade física” 37 (86%), em sua maioria são desenvolvidas pelos serviços de APS, a adaptação a um estilo de vida com bons hábitos alimentares e prática de exercícios físicos é fundamental para tratamento do DM2 (Brasil, 2013a).

Há dificuldades na aceitação e implementação a novas dietas pela maioria das pessoas com diabetes, dentre outras questões, devido à dificuldade de adaptação a novas rotinas alimentares (Flor, Campos, Oliveira, & Schramm, 2015).

As complicações decorrentes do DM são numerosas e diversas, a doença periodontal reflete uma delas, dificultando o controle glicêmico. Caracteriza-se por doença infecto-inflamatória crônica que pode levar à perda dentária, principalmente

nas pessoas com DM devido resposta hiperinflamatória, intensificando-se com a xerostomia (condição associada à baixa produção de saliva) (Abreu et al, 2014).

Compreende-se assim a importância da realização da “avaliação e orientação em saúde bucal na atenção as pessoas com DM 2” quanto à implementação deste indicador observou-se que apenas 21 (48,8%) dos serviços afirma realizá-lo.

Além da avaliação clínica criteriosa por todos os membros da equipe dos serviços de APS, as orientações com estabelecimento de vínculos e comunicação clara entre profissionais e as pessoas com DM2 e seus familiares precisam ser realizadas com prioridade.

É fundamental que os profissionais da APS forneçam para pessoas com DM2 “treinamento de autoaplicação de insulina”, verificado que 38 (88,4%) serviços realizam e juntamente deve haver o “fornecimento de glicosímetro” observado a prática por 23 (53,5%).

Estudo realizado por Moreschi et al (2018) constatou que a oferta diversificada de ações de educação em saúde, incluindo conhecimento sobre as medicações resulta em maior controle da doença e na atenção qualificada para pessoas com diabetes na perspectiva da promoção da saúde.

Neste prisma, o indicador “orientação e suporte para o abandono ao tabagismo” em que 20 (46,5%) serviços afirmaram realizar, reflete o quanto é necessário avançar em ações preventivas para além das prescrições, conforme o tabaco é o principal causador de câncer no mundo e a predisposição as neoplasias duplicam suas incidências nas pessoas com DM (Brasil, 2013b).

As complicações crônicas geradas pelo DM2, como a neuropatia diabética (mais precisamente a polineuropatia periférica sensitivo-motora) e as alterações cardiovasculares (no caso, a doença vascular periférica), podem resultar no pé diabético, que pode ter como desfecho a amputação do membro afetado (Brasil, 2013a).

Por isso se faz necessário orientações preventivas e de autocuidado dos pés. Todavia a literatura aponta que muitas pessoas com DM2 desconhece as orientações básicas ou não adere (Salci, Meirelles, Silva, 2017).

A maioria dos serviços avaliados 32 (74,4%) afirmou realizar o “controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés na atenção as pessoas com DM tipo 2”.

Devido às complicações que o DM2 provoca, com diminuição e/ou a perda de qualidade de vida e elevados níveis de mortalidade, é necessário que

propostas de reorientação do modelo de atenção à saúde voltadas à promoção da saúde e a integralidade do cuidado, devendo proporcionar atenção para além de consultas individualizadas, fundamentalmente criando espaços de educação em saúde em grupos que proporcione trocas de experiências (Brasil, 2013a).

O indicador “atividades em grupo para pessoas com DM2” indicou que dez serviços (23,3%) o realiza, demonstrando baixa realização de grupos, o que condiz com o outro indicador “realização de grupos relativos a ações programadas como estratégia de educação em saúde realizada na unidade aos pacientes com diabetes DM2” desenvolvido por apenas 18 (41,9).

Considerando como parâmetro satisfatório que estes serviços realizassem a totalidade dos indicadores analisados, visto que são preconizados nas legislações e recomendações do MS, ao considerar cada um dos indicadores individualmente, podemos destacar que mais da metade dos serviços avaliados afirmam dispor e solicitar exames laboratoriais; ações relacionadas a temáticas como dieta, obesidade, atividade física, autoaplicação de insulina e cuidado com os pés.

Em contrapartida, menos da metade dos serviços realizam ações fundamentais ao cuidado as pessoas com DM2, dentre elas a falta dos medicamentos específicos para essas pessoas e o ECG que tanto quando avaliado como exame solicitado de rotina como quando analisado se o serviço dispõe do exame.

Observou-se que ações como o exame de fundo de olho, no sentido de prevenção de agravos e as relacionadas às atividades em grupo são ainda pouco implementadas pelos serviços analisados. Destacando que os resultados foram identificados no universo em que 60,4% dos serviços caracterizam-se como USF, esperando-se nesta modalidade a maior ênfase em atividades com este enfoque.

Os achados corroboram com outras pesquisas em que ressaltam que ações de promoção da saúde e prevenção de agravos mostram-se incipientes no contexto dos serviços de APS do país (Placideli et al, 2020; Placideli & Castanheira, 2017).

Considerações Finais

Os indicadores avaliados apontam que ainda existem muitas ações na atenção as pessoas com DM2 que precisam ser instituídas nos serviços de atenção

primária da região de saúde estudada, além das atividades em grupos, ações assistenciais básicas como solicitação de exames.

Embora haja limites na pesquisa, como o universo restrito, os resultados apresentados corroboram com outros estudos. Recomenda-se novas pesquisas em diferentes regiões de saúde, com enfoque quantitativo e qualitativo possam aprofundar a compreensão destas questões, na busca por contribuir aos processos de gestão, organização do próprio serviço e melhoria na atenção as pessoas com DM2.

O estudo contribui para o avanço na implementação de ações e organização dos serviços para atenção qualificada a pessoas com DM2 da região de saúde avaliada, além de destacar a importância e então a necessidade de fortalecimento do SUS e da APS no país.

Referências

- Abreu, I. S., Takahashi, D. Y., Silva, H. A. B., Fukushima, H., Ambrósio, L. M. B., Andrade, P. V. C., Possamai, S. M. B., Romito, G. A., Holzhausen, M. (2014). Diabetes Mellitus: o que os periodontistas devem saber. *Braz J Periodontol.* 24 (4), 22-28.
- Bahia L. R., Araujo D. V., Schaan B. D., Dib S. A., Negrato C. A., Leão M. P. et al. (2011). The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Value Health* .14(5 Suppl 1):S137-40.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 160 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013a.). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus - Cadernos de Atenção Básica nº 36. Brasília, 160p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 228 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova Política Nacional de Atenção Básica. Brasília.
- Castanheira, E. L. R. et al. (2016). Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: critérios e padrões de avaliação utilizados pelo sistema QualiAB. Botucatu. 183 p.
- COSTA, Amine Farias et al. (2017). Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 33(2) [cited 2020-09-14], e00197915.
- Donabedian, A. (1980). Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press., 77 - 125.
- Flor, L. S., Campos, M. R., Oliveira, A. F., Schramm, J. M. A. (2015). Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. *Revista de Saúde Pública*, 49 (29), 1-11.
- Malta DC, Moura L, Prado RR et al. (2014). Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde.*23(4):599-608.

- Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da saúde da família. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 512 p.
- Moreschi, C., Rempel, C., Backes, D. S., Pombo, C. N. F., Siqueira, D. F., Pissaiá, L. F. (2018). Ações das equipes da ESF para a qualidade de vida das pessoas com diabetes. *Cienc Cuid Saúde*, 17(2), 1-8.
- Placideli, N., Castanheira, E. R. L. (2017). Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de atenção primária. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 247-269.
- Placideli, N., Castanheira, E. R. L., Dias, A., Silva, P. A., Carrapato, J. L. F., Sanine, P. R., Machado, D. F., Mendonça, C. S., Zarili, T. F. T., Nunes, L. O., Monti, J. F. C., Hartz, Z. M. A., Nemes, M. I. B. (2020). Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Revista Saúde Pública*, 54 (6), 1-14.
- Ramos, N. P. (2018). Avaliação da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de Atenção Primária [Tese]. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, 199 p.
- Prates, M. L. et al. (2017). Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.22, n.6 [cited 2020-09-14], pp.1881-1893. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-
- Rodrigues, M. M., Alvarez, A. M., Rauch, K. C. (2019). Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22, 1-11.
- Salci, M. A., Meirelles, B. H. S., Silva, D. M. G. V. (2017). Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-8.
- Zheng, Y., Ley, S. H., Hu, F. B. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14, 88-98.



PARTE II

EIXO DE EDUCAÇÃO



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NUMA SALA DE ESPERA E ACOLHIMENTO PARA A POPULAÇÃO TRAVESTI E TRANSEXUAL

Cláudia Regina Ribeiro
Andréa Felizardo Ahmad
Fabiana Albino Fraga
Aiarlen dos Santos Meneses
Beatriz Rodrigues Silva Selles
Adriana Lemos

Introdução

Os campos da Saúde e da Educação são inseparáveis, uma vez que a educação é uma dimensão das práticas de saúde. Essa relação foi bem definida na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986 que, por sua vez, firmou suas bases sobre o que já referendava a Declaração de Alma-Ata, de 1978. Por sua vez, promoção e educação em saúde também se confundem, por serem práticas indissociáveis no processo de trabalho dos profissionais de saúde tendo, portanto, estreita relação entre si (Rosa, Barth & German, 2011).

As práticas educativas que visem à promoção da saúde devem possibilitar a transformação da realidade por meio das trocas de saberes buscando a prevenção de doenças, a proteção da vida, a assistência curativa, a reabilitação, a motivação para busca por direitos e promoção da cidadania e o fortalecimento da democracia, observando a autonomia dos sujeitos através do desenvolvimento das suas potencialidades num fazer com a comunidade e não para ela (Pereira, 2003; CNS, 2000, Brasil, 2002). Além disso, sendo uma prática social permeada pelas dimensões política e ideológica, nunca é neutra e se faz em direção a um projeto de sociedade idealizado pelos profissionais e gestores de saúde (Brasil, 2007).

Transexualidade é a identidade de gênero das pessoas que se expressam de forma diferente do gênero atribuído ao nascimento a partir do seu corpo/sexo biológico, em contraposição à identidade cisgênera, que apresenta concordância entre o gênero atribuído e o vivenciado (Bento, 2008). Embora o termo transexualidade

incorpore as mais diversas expressões de gênero, a identidade travesti é particular, pois o reconhecimento da travestilidade é uma posição política diante das violências sofridas por esta parcela específica (Campuzano, 2008). A compreensão de que há diversas expressões de gênero e que a cisgeneridade é apenas uma delas, não a “normal” ou correta, é um passo fundamental para a despatologização das identidades trans, retirando-se dessas pessoas o peso da necessidade de um diagnóstico e, inclusive, a obrigação de recorrerem às mudanças corporais na busca da adequação do seu corpo ao padrão aceito para o seu gênero.

Em se tratando dos serviços de saúde, o cenário é historicamente problemático e excludente para essa população, pois as barreiras começam no acesso e se pautam em normas rígidas que tomam a cisgeneridade como padrão para o ensino médico e para a vivência do gênero, tornando-se empecilho para o ingresso dessas pessoas nos serviços de saúde, impondo a ela restrições de toda ordem. Essa população, considerada de vulnerabilidade social, sofre duramente as consequências dos preconceitos de gênero por parte dos profissionais de saúde, do desconhecimento sobre suas peculiaridades e da tácita opção pela população cisgênera, revelando a generificação do próprio sistema de saúde (Gomes et al, 2018; Simpson, 2015; Brasil, 2013; Bento & Pelúcio, 2012), sendo alijada do direito à saúde em todos os níveis da atenção. Essa situação tem levado estudiosos/as a afirmarem que o sistema imprime um movimento de desumanização das pessoas trans, reduzindo-as a “seres portadores de patologia e de uma Classificação Internacional de Doença (CID) que lhes identifica” (Simpson, 2015, p. 11), sendo essas também causas de adoecimento, principalmente o mental.

Nos últimos anos, observamos iniciativas governamentais importantes na defesa e proteção a essa população, como a implantação do processo transexualizador no SUS, em 2008 e 2013, e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, publicada em 2011. Desde a publicação da portaria de 2008, os serviços que oferecem o processo transexualizador vêm-se tornado as portas de entrada para muitas dessas pessoas na rede, uma vez que a atenção primária não tem cumprido essa função (Borba, 2016; Brasil, 2013; Bento & Pelúcio, 2012; Gomes et al, 2018; Simpson, 2015).

Neste trabalho, apresentaremos a experiência de Educação em Saúde desenvolvida na sala de espera de um ambulatório de processo transexualizador do município de Niterói.

Referencial Teórico

Como apontam Machado et al (2007), a Educação em Saúde é um aspecto importante para a garantia e busca da integralidade, tendo merecido destaque como um dos quatro eixos estratégicos do Plano Operativo da Política LGBT, em que se define que a Educação em Saúde deve “incidir sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde que acometem a população LGBT” (Brasil, 2011, p. 30).

Por sua vez, a conferência de Ottawa definiu que “a educação em saúde integra parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais” (Heidmann et al, 2006, p. 353), diretrizes que foram reforçadas em conferências internacionais e regionais posteriores. As práticas de promoção são ainda “objetos das ações da educação em saúde, que tem como referenciais as concepções de saúde e de educação pautadas no desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, sendo integrantes dos direitos fundamentais da pessoa humana.” (Pereira, 2003, p. 1528)

Entretanto, para Heidmann et al (2006), a visão simplificada de promoção à saúde ainda permanece. Tomando os princípios da saúde integral e os pressupostos das pedagogias críticas, que vão ao encontro da Carta de Ottawa (WHO, 1986), educar não se restringe a transmitir ou adquirir conhecimentos, tampouco suas ações são trocas livres de intenções. Pelo contrário, o processo educativo está sempre permeado por crenças, valores, representações sociais que podem ser afirmados ou refutados no processo, não sendo possível falar de neutralidade e isenção de intenções nessas ações (Pereira, 2003). Sendo uma prática privilegiada no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, a Educação em Saúde é um conjunto de práticas de educação voltadas para indivíduos e comunidade que podem ser desenvolvidas dentro ou fora dos espaços convencionais reconhecidos como da saúde, primando pelo aumento da autonomia para que possam fazer escolhas e adotar hábitos saudáveis de vida. Segundo Falkenberg et al,

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (Falkenberg et al, 2014, p. 848)

Essa modalidade educativa deve envolver três atores sociais: “profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente” (Falkenberg et al, 2014, p. 848).

Publicada em 2011, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é um dos marcos do reconhecimento do Estado brasileiro do seu dever de garantir os direitos dessa população no âmbito do Sistema Único de Saúde. Propõem diretrizes e ações a serem desenvolvidas pelos entes federativos a fim de promover esses direitos e reconhece as vulnerabilidades, complexidades e especificidades no que diz respeito às necessidades e ao acesso dessas pessoas à saúde. Dois outros avanços têm relação com as discussões desse artigo: a Portaria nº 1.707/2008 (Brasil, 2008), que instituiu o Processo Transsexualizador no SUS. Ede nº 2.803/2013, que redefiniu e ampliou o processo transsexualizador, incluindo os homens trans em todas as modalidades e o serviço de implante de prótese mamária para as travestis (Brasil, 2013; Popadiuk et al, 2017).

Apesar disso, as dificuldades de acesso à rede, sobretudo à Atenção Básica, são imensas e vão além dos problemas enfrentados pela população cisgênera. As pessoas trans temem ser maltratadas, não serem chamadas pelo nome social, os atendimentos muito rápidos e quase sempre evitam o exame clínico, entre outros constrangimentos. Assim, os serviços ambulatoriais voltados para o processo transsexualizador vêm se tornando a porta de entrada de muitos/as na rede. Entretanto, estudos apontam os limites desses serviços: a sua desvinculação da atenção básica e o seu caráter não integral, uma vez que o processo não estabelece diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, restringindo-se às demandas de mudança corporal, não se mostrando capazes de dar a essas pessoas todos os cuidados que necessitam (Lionço, 2009, Bento & Pelúcio, 2012; Borba, 2016, Gomes et al, 2018).

Neste trabalho, discorreremos sobre o vivido, o partilhado, o ensinado e o aprendido em atividades de Educação em Saúde realizadas por seis pesquisadores junto aos/as usuários/as de um ambulatório de processo transexualizador. A abordagem dos/as usuários/as com o intuito educativo enquanto esperam os atendimentos são bastante comuns na Atenção Primária, com especial destaque para as unidades de Saúde da Família, mas não devem se restringir a esse nível de atenção. Por sua vez, as salas de espera, por serem espaços por excelência de encontros e diálogo, mostram-se potencialmente interessantes para essas atividades, contribuindo ainda para a aproximação entre profissionais e usuários, a criação de vínculo e de respeito mútuos e a diminuição do desgaste físico e emocional associados ao tempo de espera pelo atendimento, refletindo um serviço mais humanizado e o cuidado integral ao usuário (Rosa, Barth & Germani, 2011).

Método

Esse artigo é um recorte dos resultados da pesquisa “Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro”, aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CAAE-10003219.6.0000.5243).

O trabalho traz o relato de uma experiência de Educação em Saúde realizada entre outubro de 2019 e janeiro de 2020 na sala de espera do Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, de Niterói. As atividades foram realizadas por seis pesquisadoras/o – duas mestrandas e um mestrando de enfermagem e uma de medicina – e duas docentes, que orientaram o processo.

A ideia da atividade surgiu em setembro de 2019 e a sua realização atendeu a dois objetivos: ser a primeira devolutiva da pesquisa que tinha o ambulatório como cenário e a discussão sobre a Política e outros instrumentos relevantes para a promoção dos direitos LGBT. As/o pesquisadoras/o se organizaram para responder a esses objetivos através de um material educativo – *folder*– distribuído aos usuários e usado na atividade de Educação na sala de espera. Optou-se pelo *folder* por ser um impresso simples de se produzir, que comporta

um número grande de informações, tem custo reduzido de reprodução e por ser fácil de ser guardado por quem o recebe. A proposta foi acolhida e apoiada pela coordenação do ambulatório.

As etapas da atividade foram: reuniões e pesquisas realizadas pelo grupo para a elaboração do *folder* utilizado nas primeiras duas ações; as ações de educação em saúde na sala de espera utilizando o primeiro *folder*; reunião de avaliação e reformulação do *folder*; e a segunda etapa de ações na sala de espera com o material definitivo. Nesse processo, além dos temas e objetivos iniciais, outros surgiam a partir das informações provenientes das observações e entrevistas da pesquisa realizadas consecutivamente no ambulatório.

Após a produção do material, foram realizados dois eventos na sala de espera nos dias 16 e 30 de outubro/2019, que reuniram cerca de 40 usuários/as e seus/as acompanhantes - esposas, namoradas, mães e irmãos. As sugestões e observações sobre as informações contidas no *folder* foram registradas nos diários de campo das/os pesquisadoras/o e possibilitaram reformular o material, inclusive alterar seu *design*.

Com o novo *folder*, foram realizados mais quatro eventos no mês de janeiro de 2020. A atividade não teve sequência em decorrência da epidemia de Covid-19, que reduziu os serviços do ambulatório e passou a controlar o número de pessoas presentes.

Ao todo, foram seis eventos que envolveram cerca de 70 usuários/as e acompanhantes, considerados/as aqui como usuários/as e em que estiveram presentes, no mínimo, três pesquisadores/mestrandos e uma pesquisadora docente. Cada evento teve duração entre uma hora e uma hora e trinta minutos, dependendo do número de usuários/as presentes.

O *folder* reformulado (figuras abaixo) contém informações sobre a Política, mas também endereços físico, eletrônico e telefones de locais de apoio para acolhimento, busca de emprego, assistência jurídica e à saúde dessa população. Além de material de apoio para as ações de educação, ele foi distribuído aos usuários e um exemplar afixado no mural da sala de espera para amplo acesso às informações.

Figura 1. Face externa do folder.

Conheça seus direitos!

- Inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão SUS
- Acesso a todos os serviços do SUS
- Atendimento livre de preconceito
- Informação sobre como agir em caso de preconceito e discriminação
- Informação sobre Hormonioterapia e acompanhamento.
- Homofobia é crime! O STF aprovou a criminalização da homofobia em 2019.
- Você tem direito de usar o nome social no ENEM.
- Você tem direito de trocar seu registro em cartório, sem autorização judicial e sem necessidade da cirurgia de adequação de gênero.
- Mulher trans é mulher! A Lei Maria da Penha também protege travestis e mulheres trans.
- Você tem direito ao uso do banheiro de acordo com a identidade de gênero.

Elaboração

UFF Universidade Federal Fluminense | UNIRIO

PPENF

PROFSAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LEGS LABORATÓRIO DE ESTUDOS EM GÊNERO, SAÚDE E DIVERSIDADE SEXUAL E REPRODUTIVA

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Orientações e informações para a população trans

Professora Adriana Lemos
Professora Claudia Regina Ribeiro
Mestrando Aiarlen Santos Meneses
Mestranda Andréa Felizardo Ahmad
Mestranda Beatriz Selles Dantas
Mestranda Fabiana Albino Praga

Projeto: Gênero, sexualidades, diversidades e direitos reprodutivos: Acesso, inclusão, promoção e educação em saúde.

Rio de Janeiro 2020 SUS

Fonte: Com base no referencial teórico do artigo e sites diversos, 2019.

Figura 2. Face interna do folder.

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

O que é?
Um documento norteador para elaboração de ações em saúde pautadas pela equidade, reconhecendo as necessidades e vulnerabilidades da população LGBT

Quais são seus objetivos?

- A sensibilização dos profissionais de saúde para o respeito dos direitos de LGBT para um atendimento adequado;
- Garantir Direito à Saúde;
- Garantia do uso do nome social nos prontuários e sistemas de informação em saúde;
- Promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos masculinos para travestis e transexuais;
- Oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que fazem parte da população LGBT;
- Eliminação da discriminação e qualquer forma de violência;
- Informação sobre o enfrentamento de preconceito e discriminação;
- Promoção da cidadania e inclusão das pessoas LGBT.

Acolhimento
Grupo Arco-Iris
R. Tem. Possolo, 43. Centro, Rio de Janeiro
Tel: (21)2222-7286/2215-0844

GDN – Grupo Diversidade de Niterói
Avenida Rio Branco, 627, sobrado, Centro, Niterói. Tel: (21)3617-0251
PreparaNem (curso preparatório para ENEM)
Contato: preparanem@gmail.com

Casa Nem
Rua Dias da Rocha, 27, Copacabana, RJ.
Tel: (21) 96829-0296

Grupo Pela Vida (acolhimento à população LGBT vivendo com HIV/AIDS)
Av. Rio Branco, 135, sala 109, Centro, Rio de Janeiro. Tel (21) 25518-3993/2518-1997

Transacesso
Universidade Saigado de Oliveira – UNIVERSO,
Rua Marechal Deodoro, 217, Niterói. Tel (21) 2138-4931

Centro de Cidadania LGBT Niterói/Leste Fluminense
Rua Visconde de Morais, 119, Niterói.

Centro de Referência Especializada na Promoção da Cidadania LGBTI de São Gonçalo.
Travessa Maria Candida, 40, Mutundo, São Gonçalo. Tel: 3708-7954

Conselho LGBT de Niterói
Avenida Amal Peixoto, 171, sala 405
Tel: (21)2620-7970

Emprego
Transempregos.org

Apoio às famílias de LGBT
Mães pela Diversidade
www.maespeladiversidade.org

Terapia em Grupo
Intertrans
Tel: (21) 99514-2403

Apoio jurídico
NUDIVERSIS – Núcleo de Defesa dos Direitos Homoafetivos e Diversidade Sexual da Defensoria Pública do Rio de Janeiro.
Av. Rio Branco, 147/12
Tel: (21) 2332-6186 e 2332-6344

Assistência à Saúde
Unidades Básicas de Saúde

Ambulatório de Saúde Integral da População Trans João W. Nery – Avenida Amal Peixoto, 169, 4º andar, Niterói

IEDE – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – Rua Moncorvo Filho, 90, Rio de Janeiro

Informações sobre a Política Nacional de Saúde LGBT, Brasil, 2013.
http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e Discussão

Inaugurado em novembro de 2018, o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery é fruto das lutas reivindicatórias por parte dos movimentos sociais da cidade e de um longo período de elaboração e de parcerias intersetoriais e interinstitucionais. Os/as usuários/as são moradores/as de diversos municípios do estado do Rio de Janeiro e têm variadas situações sociais, econômicas, de moradia, de empregabilidade e de tempos de vivência da travestilidade e da transexualidade.

No começo de 2020, o ambulatório atendia a 233 usuários/as cadastrados/as, sendo a maior parte homens trans, brancos, na faixa etária entre 19 anos e 30 anos e residentes no município de Niterói. Mas também há pessoas com mais de 40 anos e adolescentes em acompanhamento psicológico, e uma quantidade expressiva de mulheres trans, travestis e não binários/as. Apesar dessa diversidade, em comum, esses usuários/as relatam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ratificando o que aponta diversos/as autores/as (Gomes et al, 2018; Popadiuk, Oliveira & Signorelli, 2017; Pereira & Chazan, 2019).

A urgência de ações de Educação em Saúde tornou-se evidente nos primeiros encontros com essa população no ambulatório, quando se percebeu que os/as usuários, assim como seus/as acompanhantes, desconheciam direitos de várias naturezas. De forma importante, ignoravam a existência de uma política de saúde voltada para a promoção de sua própria saúde enquanto transexual, entre outras lacunas de informações no campo da saúde. No entanto, demonstravam conhecimento sobre, por exemplo, alguns efeitos da hormonização cruzada – como é chamada a administração de testosterona em homens trans e estrogênio em mulheres transexuais (Coleman et al, 2018) – e os serviços voltados para o processo transexualizador no Rio de Janeiro. O desconhecimento sobre a política surpreendeu as/o pesquisadoras/o, mas não deixa de ser compreensível, pois a exclusão dessa população dos serviços de saúde também tolhe a possibilidade de acesso a esse tipo de informação, enquanto a hormonioterapia tem sido largamente divulgada em sites e blogs voltados para essa população.

Uma sala de espera e acolhimento

Durante as atividades de Educação em Saúde, ouviu-se que esse serviço era um lugar de acolhimento por parte dos profissionais e de encontro com pessoas que passam por situações semelhantes de sofrimento em sua busca pelo cuidado. Essa porta sempre aberta reduz danos, pois não são poucos os relatos de tratamentos anteriores malsucedidos, de uso de hormônios sem orientação, de tentativas de suicídio, de mutilação corporal, de abandono da família, de sofrimentos vários revelados nas entrevistas e escutados durante as observações participantes. Para essa população, ser acolhida pode significar sobreviver (Gomes et al, 2018; Borba, 2016).

Para os/as participantes, o acolhimento também estava presente nos encontros com os/as demais usuários/as, pois quem chegava pela primeira vez ao serviço encontrava, ao sair do elevador, o grupo de trans e travestis reunidas/os, conversando na sala de espera, aguardando o horário do atendimento. Uma cena que causava uma sensação imediata de conforto e que deveria ser comum no SUS, mas ainda não é.

A sala de espera é frequentada também pelos/as acompanhantes, quase sempre esposas, namoradas e mães, mas também há pais e irmãos. Pessoas que muitas vezes chegam temerosas e cheias de dúvidas e precisam igualmente de acolhimento, escuta, informações sobre a transexualidade e o processo transexualizador pelo qual o seu marido, namorado, filho, irmão, irmã passará. Demandas que têm respostas não somente dos profissionais do serviço, mas dos/as usuários e outros/as acompanhantes ali presentes. Além disso, por ser dividida com usuários/as de outros ambulatórios, essa sala permite que pessoas que antes não circulavam pelos equipamentos de saúde do município se tornem visíveis para quem frequenta a policlínica. Um ganho para a população trans e para quem hoje divide com ela esse espaço.

A sala é compartilhada também com estudantes de graduação e pós-graduação de enfermagem, medicina, serviço social e odontologia, principalmente, que enquanto realizam suas pesquisas, conversam com os/as usuários/as. Dessa forma, o ambulatório vem cumprindo o seu papel de espaço de formação no SUS sobre um tema ausente e marginalizado nos currículos das carreiras médicas: a saúde da população trans.

Essa sala de espera, que pela precariedade do prédio nada tem de agradável ou bonita, torna-se acolhedora, também, porque quem chega é “recebido/a” por um cartaz de boas-vindas colorido nas cores da bandeira do orgulho transexual - azul, rosa e branco - afixado na entrada. Dessa forma, uma fala repetida muitas vezes por muitos usuários/as dizia respeito à potência do ambulatório e, de modo especial, da sala de espera em reunir pessoas que antes viviam no isolamento e na solidão, mas que ali passaram a se conhecer e se reconhecer na vivência do/a outro/a, a trocar experiências, dicas de todo tipo, olhares acolhedores, fazendo dessa sala um especial espaço de promoção de saúde e de mudança de trajetórias dessas vidas.

Foi nessa sala de espera, que consideramos especial, que se desenvolveram as atividades de Educação em Saúde. E ter sido nesse espaço foi um aspecto fundamental para a atividade ter sido bem-sucedida.

Aprender-ensinar-transformar-se

As atividades foram bem recebidas pelos/as usuários/as, que participaram bastante. O objetivo não era transmitir as informações somente, pois estas estavam no *folder*, mas interagir, ouvir e aprender com a população, uma vez que se tratava de uma atividade no âmbito de um projeto de pesquisa. Além disso, pretendia-se provocar uma comunicação simétrica, um momento em que se operassem trocas e não a transmissão de informação de forma verticalizada e autoritária entre usuários/as, que ouvem/aprendem, e pesquisadoras/es, que falam/ensinam (Pereira, 2003; Mitre et al, 2008).

A ação era iniciada com a apresentação dos pesquisadores e dos/as usuários/as pelo nome. Em seguida, passa-se à conversa orientada, inicialmente, pelas informações do *folder*. Apesar da dificuldade com o mobiliário – cadeiras conjugadas – buscou-se a horizontalidade na conversa ao se organizar os grupos de modo que todos/as se vissem e se ouvissem, procurando propiciar a sensação de acolhimento e respeito às falas dos/as usuários/as. Essa preocupação possibilitou que, embora alguns/as se mostrassem tímidos/as no começo, rapidamente se envolvessem na conversa e passassem a interagir, a perguntar e a partilhar suas experiências, enriquecendo as discussões e a ação.

Um tema que mobilizou bastante a discussão e propiciou trocas interessantes foi o direito de uso do nome social e a possibilidade de mudança

do nome civil, concedida pelo Supremo Tribunal Federal em 1º de março 2018. Por ser um motivo de constrangimento e entrave ao acesso e permanência nos serviços de saúde, essa discussão foi especialmente alimentada pelas/o pesquisadores. Foi interessante perceber, no último evento, a discussão e o estímulo entre os/as participantes sobre a realização do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), justamente por já se aceitar o nome social na inscrição, o que antes configurava-se como uma barreira de acesso. Esse tema, apesar da relevância demonstrada pelos participantes, não havia sido contemplado nas discussões das/o pesquisadores, não constando também no *folder*, mas deverá ser acrescentado numa próxima versão. A lista de serviços apresentada foi bastante apreciada, pois muitos/as os desconheciam. E foi sugerida a inclusão de organizações não governamentais no material.

Portanto, além das informações contidas no *folder*, muitas outras eram socializadas, potencializando o momento de trocas. Devemos lembrar que muitas dessas pessoas, principalmente as mais velhas, por muito tempo precisaram encontrar serviços e ajuda sozinhas, sendo detentoras agora de inúmeras informações, muitas que foram compartilhadas na sala de espera no momento da ação.

Considerações finais

É sabido que os serviços de saúde se constituem lugares pouco atrativos para essa população, que além de sofrerem como os problemas mais comuns do sistema, ainda afirmam sofrer uma série de desrespeito e constrangimentos, entre eles, a patologização das suas identidades trans. Esses desrespeitos tornam os serviços de saúde lugares de produção de adoecimento para essa população. Sobre esse aspecto, é importante dizer que no ambulatório não há necessidade de um diagnóstico que condicione o tratamento, aspecto que foi algumas vezes citado pelos usuários/as por ser um motivo de estarem ali e se sentirem acolhidos/as.

É dispensável dizer que os movimentos sociais são permeados por questões e lutas políticas internas e externas, e aprender sobre os meandros dessas “lutas” foi importante para a produção do *folder*, pois dar mais destaque a um grupo do que a outro no material impresso poderia ser problemático. Consideramos importante esse aprendizado, que merece ser trazido aqui.

Realizar a sala de espera neste ambulatório demonstrou a importância de os serviços de saúde criarem espaços coletivos de discussão com a população LGBT que acolha suas dificuldades, respeitem a autonomia, as falas e os conhecimentos adquiridos com a vivência. Acreditamos que, apesar das limitações de um serviço ambulatorial, a experiência apontou possibilidades de cuidado que podem, se não suplantarem alguns desses limites, atenuarem o sofrimento dessas pessoas muito além da satisfação do desejo inicial de mudança corporal.

No entanto, é preciso sempre lembrar que o Processo Transsexualizador é uma linha de cuidado para a população trans que tem como porta de entrada prioritária a Atenção Básica, sendo preciso antes de tudo fortalecer esse nível de atenção visando possibilitar a promoção da saúde integral dessa população.

Referências

- Bento, B. (2008). O que é transexualidade. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Bento, B., Pelúcio, L. (2012). Despatologização do Gênero: a politização das identidades abjetas. Estudos Feministas. Florianópolis: 20(2): 256, maio-agosto.
- Borba, R. (2016). O (Des)aprendizado de si: transexualidade, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil. (2002). As Cartas da Promoção da Saúde – Brasília: Projeto Promoção da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. (2007). Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde-Funasa- Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília.
- Campuzano, G. (2008). Recuperação das histórias travestis. In: Cornwall, A.; Jolly, S. Questões de sexualidade: ensaios transculturais. Rio de Janeiro: ABIA.
- CNS (Conferência Nacional de Saúde). (2001). 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Coleman, E. et al. (2012). Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. World Professional Association for Transgender Health (WPATH): 7ª. versão, 2012.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T., P. L., Moraes, E. P. & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 19(3). [cited 2020-08-08], pp.847-852.
- German, A.R. M., Barth, P. O. & Rosa, J. da. (2011). A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. Perspectiva, Erechim. v.35, n.129, p. 121-130.
- Gomes, R., Murta, D., Facchini, R., Meneguel, S. N. (2018). Direitos sexuais e suas implicações na



PESQUISA-AÇÃO NA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira
Maria Rosilene Cândido Moreira
Alice Maria Correia Pequeno
Vanira Matos Pessoa
Sharmêniade Araújo Soares Nuto
Maria de Fátima Antero Sousa Machado

- saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1997-2005.
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P., Boehs, A. E., Wosny, A. M. & Montecelli, M. (2006) Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - enferm.* [online], (15).2 [cited 2020-07-29], pp.352-358.
- Lionço, T. (2009) Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 19(1), p. 43-63.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.
- Machado, A. G. M & Wanderley, L. C. S (2011). *Educação em Saúde*. UNIFESP.
- Mitre, S. M; Siqueira-Batista, R; Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. M., Meirelles, C. A. B.; Porto, C. P., Moreira, T. & Hoffmann, L., M. A. (2018). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2133-2144.
- Oliveira, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.
- Pereira, L. B. C.; Chazan, A. C. S. (2019). O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro. Jan-Dez; 14(41): 1795.
- Pereira, A.L.F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set-out.
- Popadiuk, G. S., Oliveira, D.C & Signorelli, M. C. (2017). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(5): 1509-1520.
- Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008. (2008) Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de agosto de 2008.
- Portaria n. 2.803, de novembro de 2013. (2013) Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Rosa, J., Barth, P. O., Germani, A.R.M. (2011). A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Erechim. v.35, n.129, p. 121-130.
- Simpson, K. (2015). Transexualidade e travestilidade na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Transexualidade e Travestilidade na Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 9-15.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneve: WHO.

Introdução

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa que guarda estreita associação com uma ação e objetiva resolver um problema coletivo a partir da cooperação entre pesquisadores e participantes representativos do problema. Um dos seus principais objetivos é dar aos pesquisadores e sujeitos meios de se tornarem capazes de, a partir de uma ação transformadora, responder com maior eficiência aos problemas que enfrentam.

Dessa forma, a pesquisa-ação surge como alternativa ao padrão de pesquisa convencional, tendo em vista priorizar a busca pela compreensão e interação entre pesquisadores e sujeitos, objetivando solucionar a situação investigada através de uma ação planejada (Thiollent, 2011).

Por permitir associar ao processo de investigação a possibilidade de aprendizagem a partir do envolvimento consciente tanto do pesquisador quanto dos demais participantes, evidencia-se sua importância na área da saúde como instrumento de educação, investigação e mudança, podendo ser utilizada com diversos grupos: profissionais, gestores, estudantes e população em geral nas comunidades e instituições (Koerichet al., 2009).

No que diz respeito ao cotidiano das práticas em saúde, a Residência Médica constitui modalidade de ensino em serviço que tem como objetivo o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação (Vasconcelos & Ruiz, 2015). Na Residência em Medicina de Família e Comunidade, o residente

se insere em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família e será orientado por um preceptor que o acompanhará no desenvolvimento dos processos de trabalho por um período de dois anos, após o qual a meta é se tornar competente na especialidade, apto para o exercício da função enquanto especialista (Botti, 2009).

Por se desenvolver em um contexto de prática, para que a Residência se dê de modo satisfatório é preciso uma organização equilibrada entre os serviços de saúde e o processo formativo, de modo que o profissional possa tornar-se competente em sua especialidade ao mesmo tempo em que se insere no cotidiano de uma equipe de saúde. Para tanto, o preceptor, profissional responsável pela formação do residente, figura como elemento essencial que deve ser dotado de competência para a prática docente.

A carência de conteúdos de formação para a prática docente nos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade instigou o desenvolvimento de um projeto de pesquisa-intervenção intitulado “Formação de Preceptores em Residência em Medicina de Família e Comunidade: uma pesquisa-ação”, no qual a pesquisa-ação foi utilizada como ferramenta fomentadora de um processo de mudança na formação para a prática da preceptoria.

Nesse sentido, e com o intuito de relatar a experiência do uso da pesquisa-ação no processo formativo de um grupo de preceptores em Medicina de Família e Comunidade, delineou-se o presente artigo.

Método

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, em que se apresenta a utilização da pesquisa-ação como ferramenta de estruturação de um programa de formação docente em preceptoria de Medicina de Família e Comunidade. Por se tratar de estudo relacionado à melhoria da qualidade da formação de preceptores, este artigo seguiu as Diretrizes Squire 2.0 (Ogrincet al, 2016) em sua elaboração.

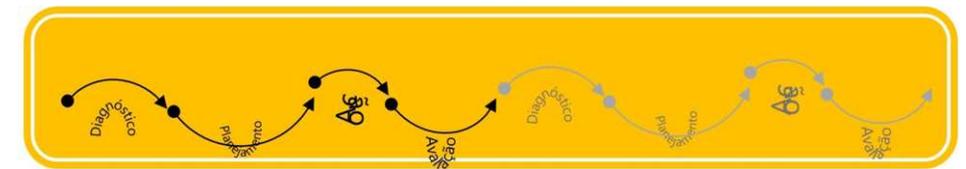
O estudo foi desenvolvido no período de fevereiro a junho de 2020 e compõe a dissertação intitulada “Formação de Preceptores em Residência em Medicina de Família e Comunidade: uma pesquisa-ação”, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e a linha de pesquisa Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional.

O cenário da investigação-ação consistiu no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Caucaia, cidade da região metropolitana de Fortaleza, estado do Ceará, junto ao grupo de preceptores atuantes nesse município, que perfazem atualmente um conjunto de sete profissionais, todos especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

No que diz respeito à organização da pesquisa-ação, compreende-se que seu planejamento é bastante flexível, não seguindo uma série de fases rigidamente ordenadas (Thiollent, 2011). No entanto, apesar de não seguir etapas pré-definidas, esse processo deve ter uma característica cíclica de ser reavaliado a todo momento em conjunto com os sujeitos e adaptadas em função das circunstâncias e do processo.

Na pesquisa-ação que foi desenvolvida, optou-se por estruturá-la em quatro fases: diagnóstico, planejamento, ação e avaliação. Esta estrutura apresenta-se em formato processual, com as possibilidades interventivas dispostas numa perspectiva relacional constante, conforme ilustrado na Figura 1. Cada fase foi trabalhada em encontros grupais, coordenados pela própria pesquisadora.

Figura 1. Estrutura de quatro fases da pesquisa-ação.



Fonte: Elaboração própria.

Todos os encontros foram realizados em turno dedicado à realização das reuniões de preceptoria, semanalmente ou quinzenalmente, conforme a disponibilidade do grupo.

Ressalta-se que esses encontros foram programados para ocorrer de forma presencial, em um ambiente da Secretaria de Saúde do município de Caucaia. No entanto, devido à pandemia da COVID-19, uma parte deles foi realizada de forma remota. Desse modo, as fases de diagnóstico, planejamento e o primeiro encontro da fase de ação, ocorridos antes da implementação das medidas governamentais de isolamento social, foram realizados de forma presencial, e os demais encontros das fases de ação e de avaliação ocorreram à distância, através de webconferência, via Google Meet.

Estas atividades foram desenvolvidas após consentimento dos participantes da pesquisa e anuência da Secretaria de Saúde do município. Cada encontro atendeu a um objetivo orientador das discussões no grupo. As impressões oriundas do uso da pesquisa-ação constituíram o material relatado neste trabalho.

Resultados e discussão

Fase 1 – diagnóstico

Na fase de diagnóstico, ou fase exploratória, buscou-se uma aproximação dos participantes com o objeto de estudo. Destaca-se aqui que os problemas de ordem prática evidenciados pelos participantes na fase de diagnóstico superaram a ideia de pesquisa inicial da pesquisadora. Assim, no que dizia respeito ao objeto do estudo inicialmente definido, foi necessário ajuste do foco de acordo com as necessidades apresentadas pelos participantes.

Essa necessidade de adequação a ser estabelecida entre as expectativas dos participantes e as da equipe caracteriza a pesquisa-ação. Essa necessidade de haver um entendimento entre pesquisador e participantes está relacionada à autonomia dada aos participantes na definição do problema, do planejamento e da execução na pesquisa-ação.

Essa autonomia favorece maior envolvimento dos participantes, que se tornam livres para promover a mudança que necessitam, tornando-a mais real a partir de uma ação planejada, uma vez que a pesquisa-ação só é mais bem desenvolvida quando acolhida pelo grupo e realizada de forma colaborativa (Sales & Reis, 2017).

Ainda nesse sentido, ao refletir sobre a pesquisa-ação como recurso de delineamento colaborativo, adota-se uma estratégia na qual, a partir de um problema inicial, busca-se promover uma mudança que favorece o desdobramento para uma situação ideal vislumbrada pelos participantes da pesquisa. Na pesquisa-ação, as pessoas implicadas no problema sob observação desempenham papel ativo no equacionamento dos problemas. Essa ação pode ser desenvolvida em diversos contextos, entre estes, o sindical, o técnico ou o educacional (Thiollent, 2011), que constituiu o cenário do presente trabalho.

Nesse sentido, a pesquisa-ação pode ser compreendida como uma forma de investigação baseada em uma autorreflexão coletiva empreendida pelos atores

envolvidos no grupo participante com o intuito de melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas, bem como seu entendimento do contexto e de situações onde essa vivência acontece (Elia & Sampaio, 2001).

Dado esse papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas, é razoável que haja uma relação entre pesquisadores e pessoas da situação investigada (Thiollent, 2011). Esse relacionamento pré-existente facilita a introdução do pesquisador no universo de pesquisa e uma melhor compreensão dos problemas postos e soluções pretendidas, colaborando para o seu desenvolvimento.

Fase 2 – planejamento

Tendo em vista que a formação pedagógica de preceptores deve ter como meta compreender como deve ser desenvolvido um processo de ensino e aprendizagem por meio da adoção de um modelo educativo que supere a mera transmissão de conhecimento (Jesus & Ribeiro, 2012), optou-se pela organização de um processo formativo em preceptoria que adotasse uma diversidade de estratégias que atendam a esse propósito.

Sob outro olhar, a pesquisa-ação está situada entre as metodologias participativas, por seu caráter reflexivo, dialógico, dinâmico e interdisciplinar (Toledo, Giatti & Jacobi, 2014). Assim, a partir de uma reflexão coletiva empreendida pelos participantes, foi possível planejar uma formação que atendesse as necessidades do grupo, desde a definição do tema, a decisão sobre as metodologias que seriam instituídas na formação, até a decisão sobre o formato de realização dos encontros, que foram adaptados para serem realizados à distância com a anuência do grupo, em decorrência do período de pandemia do coronavírus vivenciado.

Considerando que estratégias mobilizadoras da aprendizagem são influenciadas pelo contexto no qual o aprendizado acontece (Bordenave, 2014), a realização da formação em preceptoria por meios digitais permitiu vislumbrar um conjunto de outras estratégias educacionais a fim de substituir os momentos presenciais, tendo em vista que uma das grandes dificuldades vivenciadas pelos preceptores consistia na liberação das suas atividades assistenciais para participação em processos de formação para a docência.

No que diz respeito à incorporação de novas tecnologias de comunicação e informação no ensino, verifica-se que, apesar de essa prática ainda ser considerada um desafio, são diversos os benefícios relacionados ao uso dessas ferramentas através de economia de tempo, minimização no adiamento da tomada de decisões e auxílio no desenvolvimento do processo de aprendizagem (Souza et al., 2013).

Destaca-se novamente o potencial transformador do caráter colaborativo que se instaura na pesquisa-ação, o qual permitiu evidenciar possibilidades que foram além do previamente planejado. Conforme soluciona problemas de interesse do grupo, a pesquisa-ação pode ser considerada um tipo de investigação-ação (Picheth, Cassandre&Thiollent, 2016); um processo que segue um ciclo em que a prática é aprimorada pela oscilação sistemática entre o agir por meio dela e o investigar a respeito.

Fases 3 e 4 – ação e avaliação

Os encontros relativos à ação e avaliação foram realizados de forma remota. A ação se constituiu de quatro encontros formativos que discutiram o conjunto de necessidades em preceptoria definidos pelo grupo. A fase de avaliação, por sua vez, buscou revisitar o processo de construção e implementação das ações formativas a partir da pesquisa-ação, sempre resultando em novas perspectivas de ação e avaliação que, em diversos momentos, se inter cruzam (Ibiapina, 2016).

Ao proporcionar uma análise sobre o cotidiano de trabalho, foi possível evidenciar a ausência de um processo de formação continuada, o qual foi estruturado a partir da identificação das necessidades em formação em preceptoria com o objetivo de instrumentalizar o grupo para o exercício da função de preceptor de forma organizada e estruturada.

Ao refletir sobre a pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente, aponta-se que o grande desafio deste tipo de pesquisa é mostrar ao grupo participante os meios de se tornarem capazes de responder com maior competência aos problemas vivenciados, para que, de forma coerente, possam experimentar soluções no caminho para uma atuação transformadora (Abdalla, 2005).

Esse despertar de proatividade junto aos participantes é evidenciado na interação humana que a pesquisa-ação é capaz de proporcionar (Pessoa et

al., 2013), sendo esta fundamental para motivar o grupo a transpor aspectos inicialmente desarticulados da realidade, mas que se tornam coesos a partir da troca de experiências realizada durante os encontros.

Experiência semelhante foi vivenciada ao longo da pesquisa-ação cuja reflexão sobre a trajetória aqui se realiza. Assim, tem-se que o trabalho desenvolvido durante essa pesquisa-ação junto a docentes da saúde contribuiu para facilitar a visualização dos problemas enfrentados pelo grupo; e que a troca de experiências durante os encontros possibilitou a identificação de formas de lidar com essas dificuldades, de modo que, ao longo do processo, os preceptores desenvolveram meios de atuar de forma mais eficaz perante situações diversas relacionadas à preceptoria.

Como possibilidades evidenciadas pela pesquisa-ação, vislumbrou-se que processos de formação baseados na problematização e na reflexão crítica sobre a prática são bastante úteis, à medida que têm poder de conferir maior autonomia para sujeitos, que passam a ser agentes de transformação da própria prática.

Evidenciou ainda como potencialidade a continuidade do processo pedagógico, à medida que os participantes se apropriam da forma como podem utilizar-se da reflexão sobre os problemas do dia a dia como elementos norteadores de seu processo ensino-aprendizagem.

Na pesquisa-ação desenvolvida, essa perspectiva de uma formação continuada a ser orientada e desenvolvida pelo próprio grupo de preceptores que, empoderados acerca das possibilidades de atuação sobre sua realidade, passam a se ver não mais como elementos passivos no processo de formação, mas como agentes ativos na construção de uma formação local em preceptoria que configurou-se como uma das principais contribuições da pesquisa-ação para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do município estudado.

Para além da formação em preceptoria em si, outras possibilidades foram evidenciadas ao longo da pesquisa-ação, entre as quais, a possibilidade de instituir uma formação em preceptoria à distância, com potencial de aumentar ainda mais o envolvimento e a participação dos preceptores do programa de residência, até então fragilizado pela dificuldade em manter encontros presenciais regulares.

Apesar de ter sido realizada em um único Programa de Residência em MFC, o que se configura como uma limitação deste estudo, fica evidente

o potencial da pesquisa-ação em promover mudanças no contexto, a qual se constitui uma aprendizagem, a partir de uma abordagem que relaciona problemas reais e a capacidade de gerar transformação de indivíduos e grupos implicados nesse processo (Pessoa et al., 2013).

Dessa forma, no presente trabalho, a partir da reflexão dos participantes sobre seu fazer em preceptoria, foi possível evidenciar um conjunto de necessidades de aprendizado, os quais, a partir de uma ação planejada, permitiram o desenvolvimento de um processo formativo que favoreceu uma transformação em sua prática da preceptoria.

Conclusão

A pesquisa-ação vem ganhando atenção em vários meios, dado seu importante papel na aprendizagem dos pesquisadores e grupos implicados em situações problemáticas. No ensino na saúde, a partir da compreensão e questionamento da prática, contribui para a reflexão dos profissionais enquanto agentes educacionais. Dessa forma, a pesquisa-ação vem facilitar o alcance de soluções aos problemas reais para os quais procedimentos convencionais pouco têm contribuído.

Neste estudo foi possível conceber a pesquisa-ação como instrumento útil na análise e desenvolvimento da prática docente, tendo em vista tratar-se de um processo que permite apreender a realidade, refletir sobre esta e gerar transformações duradouras, decorrentes do envolvimento ativo dos participantes na realidade a ser transformada. Tem-se assim que a implicação dos sujeitos de forma consciente favoreceu o desenvolvimento de uma ação transformadora ao grupo que vivenciou o processo, tornando-o capaz de responder com maior competência aos problemas vivenciados na prática da preceptoria.

Espera-se com esse trabalho ensinar o desenvolvimento de outros projetos com o tema da formação em preceptoria que possam se utilizar da pesquisa-ação como estratégia metodológica, tendo em vista seu potencial transformador da prática, dado o envolvimento e a implicação dos participantes ao longo do processo que caracterizam essa metodologia. Almeja-se com isso possibilitar a estruturação de processos de formação continuada em preceptoria nos diversos

programas de residência no Brasil, com especial destaque para as regiões norte e nordeste, em uma série que culmine com o fortalecimento da APS como um todo, a partir de uma formação de profissionais especialistas de qualidade.

Referências

- Abdalla, M. F. B. (2005). A pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação*; 13(48):383-400. <https://www.scielo.br/pdf/ensaio/v13n48/27557.pdf>.
- Bordenave, J. D. (sem data). A pedagogia da problematização na formação de profissionais de saúde. Disponível em: https://lume-re-demonstracao.ufrgs.br/eps/assets/pdf/metodologia_de_ensino_aprendizagem.pdf.
- Botti, S. H. O. (2009). O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Tese (doutorado em Ciências na área da Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2582>.
- Elia, M. F. & Sampaio, F. F. (2001). Plataforma interativa para internet: uma proposta de pesquisa-ação a distância para professores. *Anais do XII Simpósio Brasileiro de Informática na Educação*, 102-109. <https://www.br-ie.org/pub/index.php/sbie/article/view/130/116>.
- Ibiapina, I. M. L. M.; Bandeira, H. M. M. & Araújo, F. A. M. (2016). Pesquisa colaborativa: multirreferenciais e práticas convergentes. *Teresina: EDUFPI*, 2016.
- Jesus, J. C. M. & Ribeiro, V. M. B. (2012) Uma Avaliação do Processo de formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, n. 36, v. 2, p. 153 – 161.
- Koerich, M. S.; Backes, D. S.; Sousa, F. G. M.; Erdmann, A. L. & Albuquerque, G. L. (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista eletrônica de enfermagem*. 11(3):717-732. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47234/23150>.
- Ogrinc, G.; Davies, L.; Goodman, D.; Batalden, P.; Davidoff, F. & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0-Standards for Quality Improvement Reporting Excellence-Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *J Am Coll Surg*; 222:317-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26369893/>.
- Pessoa, V. M.; Rogotto, R. M.; Arruda, C. A. M.; Machado, M. F. A. S.; Machado, M. M. T. & Bezerra, M. G. V. (2013). Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. *Interface (Botucatu)*; 17(45):301-314. <https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0413.pdf>.
- Picheth, S. F.; Cassandre, M. P.; & Thiollent, M. (2016). Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. *Educação*; 39(supl.):3-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84850103002>.
- Sales, M. C. & Reis, R. H. (2017). A pesquisa-ação na formação continuada de professores. *Atas – Investigação qualitativa em educação - CIAIQ*, volume 1, p.1735-1740. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1528>.
- Souza, A. P. T. C.; Siqueira, E. S.; Fernandes, G.; Correia, I. B.; Araújo Júnior, G. C.; Santos, L. X.; Cordeiro, L.; Guerra, L. C. M.; Lima, L. V. S.; Santos, M. V. R.; Silveira, R. P.; Silva, R. S.; Lima, T. R. M.; Chazan, A. C. S.; Barreto, V. H. L.; Cotta, R. M. M. & Silveira, L. M. C. (2013).

Residência Médica em Pernambuco: reflexões de um grupo de preceptores sobre cenários e atores. Cadernos da ABEM, v. 9, p. 77-85. https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol09.pdf.

Thiollent, M. (2011). Metodologia da pesquisa-ação. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2011. 136p.

Toledo, R. F.; Giatti, L. L.; & Jacobi, P. R. (2014). Action research in interdisciplinary studies: analysis on criteria that can be revealed only through practice. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online];18(51):633-646. https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/en_1807-5762-icse-1807-576220140026.pdf.

Vasconcelos, R. N. C. & Ruiz, E.M. (2015). Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. Revista brasileira de educação médica. 39(4):630 – 638. <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n4/1981-5271-rbem-39-4-0630.pdf>.



PARTE III
EIXO DE GESTÃO



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NA GESTÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE

João Zallio Coelho
Jane Mary de Medeiros Guimarães
Jessica Tais Barreto Jorge
Lorena Aguiar Do Carmo
Antônio José Costa Cardoso
Marcio Florentino Pereira

Introdução

É consensual a noção de que a informação e o conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco e condições demográficas subsidiam o processo decisório em saúde (Rouquayrol & Almeida Filho, 2003). As informações em saúde são capazes de gerar conhecimentos sobre a realidade e se constituem em elementos fundamentais para o planejamento e gestão, salvaguardando a saúde da população.

A matéria-prima das informações são os dados, isto é, as informações são produtos da combinação de dados e da interpretação do sujeito que avalia a situação, sempre a partir de concepções, valores e referências que fundamentam sua visão de mundo. No âmbito da saúde pública, os sistemas de informação são complexos de abrangência individual e nacional, cujos dados apresentam problemas de qualidade (Facchin et al, 2005). Compreende-se dado como registro de observações e de medidas objetivas de características de pessoas e de fatos que compõem determinado evento ou ocorrência de saúde. Já no âmbito da vigilância em saúde, dado é a descrição de atributo, de situação e de fato, desvinculado de referencial explicativo (Cunha & Vargens, 2017).

De acordo com Rodrigues et al (2017), todas as atividades realizadas por um Sistema de Saúde geram dados que podem ser transformados em informações. Na perspectiva de organizar a diversidade de dados e informações produzidas nas diferentes unidades operacionais, que interessam não apenas à própria unidade, mas a todo o sistema de saúde, surgiram os Sistemas de Informação em Saúde

(SIS) que, dentre outros, propiciam a avaliação permanente das ações realizadas e do impacto obtido sobre a situação de saúde (Rodrigues et al, 2017). Cabe destacar que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) foram fundamentais para que a disponibilização e utilização de dados pudesse ocorrer de forma intensiva, propiciando o crescimento exponencial do compartilhamento dos mais diferentes tipos de informações.

Gava, Ferreira, Palhares e Mota (2016) destacam que a incorporação tecnológica dos sistemas de informação na saúde tornou a produção de informações mais próxima do profissional que registra os dados e proporciona refletir de forma mais verdadeira a realidade vivenciada pela ponta. Em suma, com o processo de informatização, há uma aproximação da racionalidade do registro de dados aos usos da informação. Tornando possível, assim, embasar as melhorias das práticas dos profissionais de saúde, além dos ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis pela ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços em saúde.

A análise dos dados pertinentes aos serviços da Atenção Básica (AB), com vistas a transformá-los em informações úteis, é imprescindível no diagnóstico de saúde, norteador do planejamento e avaliação das ações em saúde das equipes. Destaca-se a importância desse processo para melhor subsidiar as decisões e a administração na área da saúde, bem como para impactar a situação de saúde (Carvalho, 2009).

Carvalho (2004) destaca que, usualmente, os dados dispostos nos bancos de dados produzem informações para o direcionamento de políticas públicas de saúde, mas que, no entanto, não têm sido suficientes para subsidiar o planejamento das ações das equipes da AB, de modo que há um acúmulo de dados e pouca transformação em informações úteis que subsidiem as decisões e levem à reorganização das práticas de trabalho (Carreno et al, 2015; Carvalho, 2004).

Embora haja um acúmulo de dados e pouca transformação em informações, conforme apontado acima, há também demanda por informação qualificada produzida na e para a AB, elemento fundamental para o conhecimento acerca de uma determinada realidade sanitária. Esse fato ocasiona diversos transtornos, principalmente no processo de consolidação da humanização, integralidade e equidade da atenção à saúde.

Em vista disso, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) foi implantado como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde (UBS), oferecer ferramentas para ampliar o cuidado, melhorar o acompanhamento da gestão e integrar os diversos SIS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2013).

Diante da imprescindibilidade dos sistemas de informação para o desenvolvimento de políticas de saúde e ações estratégicas em saúde e da importância da produção de informação de qualidade na e para a AB, principalmente para o desenho e desenvolvimento de intervenções capazes de provocar mudanças positivas na situação de saúde da população, esse estudo objetiva identificar as informações que possam auxiliar o processo de gestão do trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF).

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizou abordagem quali-quantitativa realizada junto a dois públicos: 1) profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam na AB na Unidade de Saúde da Família (USF) de Alto do Coqueirinho, localizada em Salvador- BA; e 2) médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM) dos municípios de Ribeira do Pombal – BA, Heliópolis – BA e Paripiranga – BA. A escolha por realizar a pesquisa com esses participantes se deveu a conveniência de o autor principal trabalhar como médico de saúde da família na USF mencionada, bem como ser supervisor do PMM nas três últimas cidades supracitadas.

Definiu-se os seguintes critérios de inclusão para participação na pesquisa: ser profissional da saúde que trabalha na USF de Alto do Coqueirinho ou ser médico vinculado ao PMM dos municípios de Ribeira do Pombal, Heliópolis ou Paripiranga. Excluíram-se os trabalhadores da saúde que estavam de férias ou em afastamento por licença-maternidade ou licença médica.

Para realização do estudo inicialmente, os potenciais participantes, que totalizaram 38 pessoas — considerados os critérios de inclusão e exclusão

estabelecidos —, foram contatados para que os pesquisadores explicassem os objetivos da pesquisa, bem como para que, mediante interesse, assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na ocasião, conforme os indivíduos assinavam o TCLE, também foram requisitados a informarem seus *e-mails*.

Após a conclusão da etapa de contato com os 38 profissionais da saúde, foi iniciada a fase de coleta de dados. Para isso, utilizou-se como instrumento o formulário eletrônico Google Forms, que consistiu em um questionário estruturado com nove questões fechadas e uma aberta, o qual foi encaminhado para o endereço de *e-mail* dos participantes. Os dados foram coletados no período de 10 a 19 de março de 2019.

As questões fechadas do questionário referiam-se aos SIS utilizados na AB. Nelas foram abordados os seguintes temas: acesso e disponibilidade; frequência de utilização; conhecimento prévio; auxílio dos SIS na gestão do cuidado; e auxílio dos SIS no planejamento e gerenciamento das ações de saúde desenvolvidas no território. A questão aberta versou sobre as informações consideradas relevantes para contribuir no processo de trabalho no âmbito da AB.

Conforme elencam Martins, Silva e Marques (2016), o Google Forms tem se tornado cada vez mais popular no meio acadêmico, uma vez que possibilita a criação gratuita de pesquisas on-line. Além disso, o formulário eletrônico pode ser acessado rapidamente e diretamente no navegador de internet, o que torna o processo de coleta de dados mais flexível para os participantes em termos de tempo e espaço, pois essa ferramenta lhes proporciona autonomia para determinar o melhor horário e lugar para responder o formulário, aumentando, assim, a chance de se obter uma maior taxa de participação no estudo.

Após os participantes terem respondido os questionários, as respostas foram encaminhadas imediatamente para a página do Google Forms sem a identificação dos respondentes.

Uma vez concluída a coleta de dados, as respostas das questões fechadas foram tabuladas em planilha Excel, enquanto as respostas da pergunta aberta foram organizadas em um quadro e, posteriormente, foram categorizadas com base na identificação de núcleos de conteúdo e dos SIS a que se referiam. Assim, a partir da análise de conteúdo, um total de 15 categorias de “sugestões” foram construídas a posteriori.

Para análise dos dados, utilizou-se ainda o método da análise interpretativa baseada no texto, nele o pesquisador deduz e interpreta o que foi coletado nos questionários (Martins, Silva, & Marques, 2016). Assim, realizou-se uma análise interpretativa ancorada no referencial teórico-conceitual de processo de trabalho em saúde (Martins, Silva, & Marques, 2016; Peduzzi, 2002; Pontelli & Baldo, 2013; Ribeiro, Pires, & Blank, 2004).

O estudo foi realizado após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), por meio do parecer nº 3.163.848, de 22 de fevereiro de 2019.

Resultados e discussão

Responderam o questionário 27 profissionais da saúde do total de 38 amostrados, sendo 13 médicos, dos quais 11 vinculados ao Programa Mais Médicos; 3 técnicos de enfermagem, 7 ACS, 2 enfermeiros, 1 odontólogo e 1 não informou a categoria profissional.

A Tabela 1 apresenta os resultados das questões fechadas do questionário. Foram solicitadas aos participantes informações referentes aos sistemas de informação utilizados na AB, sendo abordados os seguintes temas: acesso e disponibilidade; frequência de utilização; conhecimento prévio; auxílio dos SIS na gestão do cuidado (assiduidade, retornos às consultas e buscas ativas); e auxílio dos SIS no planejamento e gerenciamento das ações de saúde desenvolvidas no território.

Tabela 1. Acesso, uso e frequência uso dos Sistemas de Informação de Saúde AB.

| Categorias | n | % |
|---|----|-------|
| Sistemas de Informação usados na Atenção Básica pelas Equipes de Saúde da Família | | |
| ESUS | 22 | 100,0 |
| ESUS, SINAN, SIS PRENATAL, SISCOLO, SISPNI | 1 | 4,5 |
| NENHUM | 2 | 9,1 |
| SUS | 1 | 4,5 |
| Vida Sistema Integrado da Saúde | 1 | 4,5 |
| Acesso e disponibilidade dos Sistemas de Informação na Atenção Básica | | |
| Excelente | 0 | - |
| Bom | 8 | 36,4 |

| | | |
|---|----|------|
| Pouco | 5 | 22,7 |
| Muito pouco | 13 | 59,1 |
| Nenhum | 1 | 4,5 |
| Frequência de utilização dos Sistemas de Informação na Atenção Básica | | |
| Nunca | 2 | 9,1 |
| Muito pouco | 11 | 50,0 |
| Pouco | 4 | 18,2 |
| Frequentemente | 6 | 27,3 |
| Muito frequentemente | 4 | 18,2 |
| Conhecimento prévio sobre os Sistemas de Informação na Atenção Básica antes de integrar a equipe de saúde da família | | |
| Nenhum | 10 | 45,5 |
| Pouco | 8 | 36,4 |
| Sim, aprendi na graduação | 8 | 36,4 |
| Sim, aprendi na prática | 1 | 4,5 |
| Os Sistemas de Informação disponíveis na Atenção Básica auxiliam no cuidado continuado (identificação e organização de acordo às Linhas de Cuidado específicas) | | |
| Nunca | 5 | 22,7 |
| Muito pouco | 10 | 45,5 |
| Pouco | 1 | 4,5 |
| Frequentemente | 9 | 40,9 |
| Muito frequentemente | 2 | 9,1 |
| Os Sistemas de Informação disponíveis na Atenção Básica auxiliam no cuidado continuado (assiduidade, retornos às consultas e buscas ativas) | | |
| Nunca | 10 | 45,5 |
| Muito pouco | 7 | 31,8 |
| Pouco | 4 | 18,2 |
| Frequentemente | 6 | 27,3 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,0 |
| Os Sistemas de Informação disponíveis na Atenção Básica auxiliam no cuidado continuado (fornece dados para controle das doenças e agravos) | | |
| Nunca | 11 | 50,0 |

| | | |
|--|----|------|
| Muito pouco | 5 | 22,7 |
| Pouco | 3 | 13,6 |
| Frequentemente | 5 | 22,7 |
| Muito frequentemente | 3 | 13,6 |
| Os Sistemas de Informação disponíveis na Atenção Básica auxiliam o Planejamento e Gerenciamento das ações de Saúde desenvolvidas no território | | |
| Nunca | 11 | 50,0 |
| Muito pouco | 6 | 27,3 |
| Pouco | 2 | 9,1 |
| Frequentemente | 8 | 36,4 |
| Muito frequentemente | 0 | 0,0 |

Fonte: Elaboração própria.

O e-SUS AB foi considerado pelos 22 profissionais participantes do estudo como SIS mais usado na AB pelas. A categoria “Acesso e disponibilidade dos Sistemas de Informação na Atenção Básica”, 59,1% dos profissionais informaram que acessam muito pouco os SIS, enquanto 22,7% assinalaram a opção pouco. A indisponibilidade da internet nos serviços ainda se configura como limitador do acesso aos sistemas de informação pelas equipes de saúde. Mesma fragilidade apontada no estudo de Pinheiro et al (2016) referente à dificuldade de acesso à Internet e ao número reduzido de qualificações para a utilização dos SIS, coadunando com a categoria “Frequência de utilização dos Sistemas de Informação na AB”, 50% profissionais informaram que utilizam muito pouco, 18,2% consideram utilizar pouco. A categoria “Conhecimento prévio sobre os Sistemas de Informação”, 45,5% dos profissionais afirmaram não ter conhecimento, 36,4% declararam pouco conhecimento ou informaram terem obtido esse conhecimento na graduação. Para Pereira & Tomasi (2016, p. 414), “processo de busca de informações nos sistemas ainda é fragmentado e trabalhoso, com escassas iniciativas de capacitação das equipes responsáveis lotadas nos diferentes espaços de gestão”.

Em relação à “Contribuição dos Sistemas de Informação no cuidado continuado”, 45,5% afirmaram que contribui muito pouco e 40,9% consideraram

que contribuem frequentemente. A variável “Auxílio dos Sistemas de Informação no cuidado continuado no tocante à assiduidade, retornos às consultas e buscas ativas”, 45,5% afirmaram que nunca contribuem, 31,8% consideraram que contribuem muito pouco. Em relação à categoria “Contribuição dos Sistemas de Informação disponíveis na Atenção Básica no fornecimento de dados para controle das doenças e agravos”, 50% participantes afirmaram que nunca contribuem, 22,7% consideraram a contribuição muito pouca. Quanto à “Contribuição dos Sistemas de Informação no Planejamento e Gerenciamento das ações de saúde desenvolvidas no território”, 50% dos participantes consideram que nunca contribuem, 27,3% afirmaram que contribuem muito pouco. Diferentemente dos resultados do nosso estudo, Pereira & Tomasi (2016) afirmam que os SIS possibilitam a análise dos indicadores de saúde, os quais podem qualificar as ações na assistência à saúde.

Todos os 27 profissionais que compõem as eSF responderam a questão aberta; um profissional da odontologia, entretanto, respondeu a questão aberta com a sentença “Nenhuma informação adicional”.

A análise da questão aberta permitiu identificar as informações consideradas relevantes pelos ACS, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem para auxiliar os profissionais da saúde no seu processo de trabalho.

Em relação às sugestões apontadas na questão aberta, foram analisadas e excluídas àquelas que fugiram ao objeto deste estudo, a saber: acompanhamento sobre pedidos de equipamentos de trabalho; falta de transporte para visitas domiciliares e notificações sobre residências de aluguel e sua rotatividade. Apesar de serem consideradas importantes, pois podem auxiliar no melhor desenvolvimento do processo de trabalho, são questões político-administrativas.

As sugestões consideradas válidas foram classificadas nas categorias: dados disponíveis e dados não disponíveis, conforme segue.

a) Dados já disponíveis nos SIS: O acesso a dados de patologias crônicas dos pacientes adstritos foi sugerido por 8 profissionais (15,7%), sendo 3 ACS, 1 enfermeiro e 4 médicos. O acesso aos dados sobre medicações de uso contínuo foi sugerido por 7 (13,7%) participantes, sendo 4 ACS e 3 médicos. O acesso aos dados sobre realidade local foi sugerido por 5 (9,8%) profissionais, sendo 4 médicos e 1 enfermeiro. O acesso aos dados sobre puericultura foi indicado por

2 respondentes (3,9%), sendo 1 enfermeiro e 1 médico. O acesso ao histórico dos pacientes foi sugerido por 2 participantes (3,9%), ambos técnicos de enfermagem. Por fim, houve uma sugestão de acesso aos dados estatísticos (2,0% das 51 sugestões), a qual foi elaborado por profissional médico.

b) Dados não disponíveis nos SIS: o acesso a dados sobre atraso vacinal foi citado por 3 profissionais (5,9%), sendo 1 ACS, 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem, tendo sido sugerida a criação de algum mecanismo de notificação de atraso vacinal. Com relação a essa sugestão, não foi encontrado dados disponíveis para cadastro e pesquisa nos SIS atuais nem no Prontuário Eletrônico e-SUS AB. Dados da assiduidade e retorno dos pacientes adstritos foram sugeridos por 6 profissionais de todas as categorias (11,8%), exceto técnico de enfermagem. A interoperabilidade dos SIS foi sugerida por 8 (15,7%) profissionais, sendo 2 ACS, 4 médicos e 2 técnicos de enfermagem. Por fim, a sistematização dos prontuários foi sugerida por 4 profissionais (7,8%), sendo 1 enfermeiro e 3 médicos.

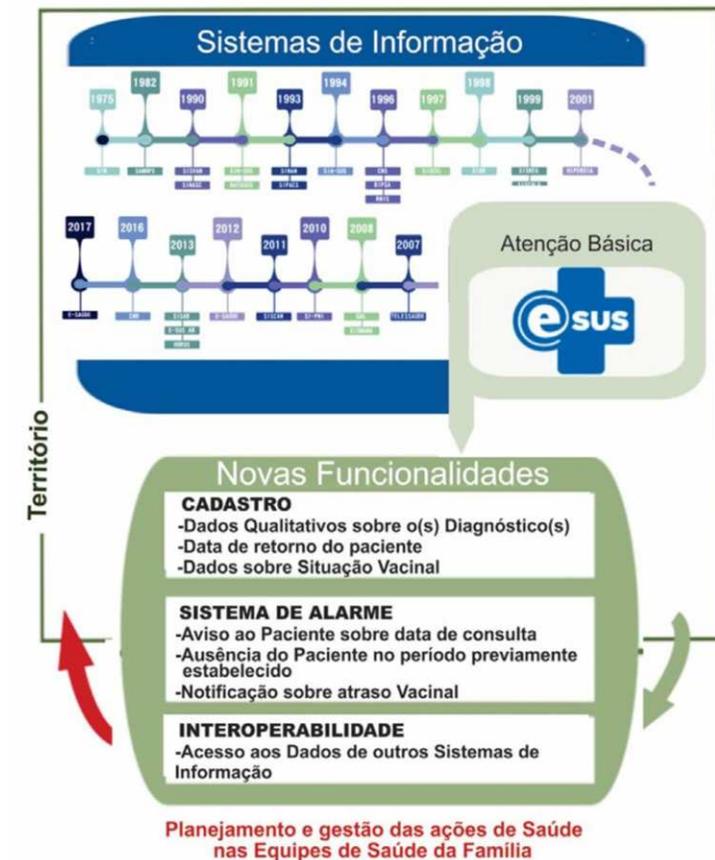
Analisando-se as sugestões apresentadas, pontua-se que muitas já estão contempladas nos SIS disponíveis e/ou no Prontuário Eletrônico e-SUS AB.

A partir dessas sugestões, por um lado, pode-se aferir que as informações já disponíveis nos SIS atuais respondem a algumas demandas e, nesse sentido, revelam avanços na trajetória da implantação de sistemas de informações importantes para a gestão da AB, cujos dados possibilitam, a partir das informações geradas, o planejamento e gestão da saúde em nível municipal, estadual e federal. Por outro lado, constata-se a ausência de algumas informações qualificadas, compreendidas como informações capazes de contribuir com o planejamento e gestão de ações de saúde no âmbito das eSF (microgestão).

As sugestões de informações não disponíveis nos sistemas de informação atuais, nem no Prontuário Eletrônico e-SUS AB, fomentam a criação de novas funcionalidades dentro do próprio Prontuário Eletrônico e-SUS AB e da interoperabilidade deste com outros SIS disponíveis.

Assim, a figura 1 apresenta as sugestões dos participantes da pesquisa como propostas de incorporação de novas funcionalidades para o Prontuário Eletrônico e-SUS, as quais foram divididas em cadastro, sistema de alarme e interoperabilidade.

Figura 1. Nova Funcionalidade.



Fonte: Elaboração própria.

Cadastro

- Dados qualitativos sobre diagnóstico

No Prontuário Eletrônico e-SUS AB, a inserção dos dados qualitativos sobre doença é possível em decorrência da existência de um campo aberto onde o profissional da saúde pode escrever pontos importantes da anamnese, sendo possível detalhar informações como sintomas, duração dos sintomas, fatores atenuantes e de piora do quadro clínico do paciente, dentre outros. Apesar da existência desse campo, não há possibilidade de se estabelecer conexão com as consultas subsequentes.

A nova funcionalidade propõe a utilização de um novo campo fechado com informação categorizada como: Agudo; Crônico; Compensado; Descompensado; Pré-natal; Puericultura e Puerpério. A depender da categoria selecionada, que deverá ser definida pelo profissional de saúde, o sistema estabelecerá automaticamente um prazo máximo para a consulta de retorno do paciente.

- Data de retorno do paciente

A realização do cuidado continuado dentro da APS é dificultada por inúmeras peculiaridades como a falta de informação com relação ao retorno para as consultas de acompanhamento. A nova funcionalidade propõe que, após classificar o quadro do paciente conforme categorias supracitadas, o sistema disponibilizará uma agenda de acordo com a categorização realizada. Nesse caso, o controle das agendas presentes nas estruturas da APS apresenta-se como uma forma de garantir a continuidade dos cuidados e o retorno dos usuários.

Sistema de Alarme

- Aviso ao paciente sobre a data da consulta

Sugere-se adicionar uma funcionalidade ao Prontuário Eletrônico, a qual consiste em alertar os profissionais de saúde e pacientes sobre o dia e horário da nova consulta ou visita domiciliar previamente agendada. Essa notificação pode ser realizada por meio de SMS, WhatsApp ou telefone, de forma a garantir que o usuário compareça a consulta ou agende seu retorno.

- Ausência do paciente no período previamente estabelecido

Por meio dessa funcionalidade, isto é, o sistema de alarme, é possível ter o controle dos usuários que não compareceram às consultas ou não responderam às tentativas de contato, exigindo assim que a equipe de saúde utilize outras estratégias para a realização do cuidado continuado.

Interoperabilidade

- Dados sobre situação vacinal

Considerou-se de grande importância o acesso ao SIS Imunização através do prontuário eletrônico, pois é fundamental ao profissional que compõe a eSF o acesso facilitado ao histórico vacinal dos seus pacientes, principalmente gestantes e crianças (que correspondem a categoria pré-natal e puericultura apresentadas no tópico Cadastro).

- Dados socioeconômicos e culturais

Considerando que o Prontuário Eletrônico pode ser acessado por outros profissionais que atendem em outros níveis de saúde, além da APS, o acesso aos sistemas que contém dados socioeconômicos e culturais pode ser útil na elucidação dos determinantes sociais que interferem no processo de saúde e enfermidade.

Considerações finais

A implantação do e-SUS AB representa um importante avanço na qualificação e no uso da informação registrada durante as ações de saúde desenvolvidas na AB. Esse sistema acrescenta importantes mudanças para um melhor aproveitamento do trabalho das eSF, diminuindo a sobrecarga de burocracia para preenchimento. No entanto, precisa ser mais bem adaptado à realidade local e, para isso, faz-se necessário a escuta ativa dos profissionais pela gestão, uma vez que não há um plano regular de avaliações normatizado pelo MS que determine a metodologia a ser utilizada para monitoramento da qualidade dos dados dos SIS, que considere os diversos aspectos que influenciam a qualidade das informações, para que dessa forma seja possível apontar medidas para seu aprimoramento.

Constata-se, por outro lado, a necessidade de treinamento dos profissionais para o manuseio das ferramentas dos SIS e desenvolvimento de estratégias eficazes de motivação para que os profissionais usuários optem pela alimentação dos sistemas descritos e efetuem o lançamento completo dos dados a cada processo do cuidado. Resultados semelhantes foram encontrados por Medeiros et al (2017)

em seu estudo, no qual verificou-se que o treinamento oferecido pela gestão foi insuficiente para suprir as necessidades de aprendizado da equipe de saúde sobre o preenchimento das novas fichas.

A partir desse estudo foi possível identificar informações adicionais que podem auxiliar o processo de gestão do trabalho das equipes de Saúde da Família. Destacando-se a categoria e informações qualitativas sobre a doença; dia e horário da nova consulta de acompanhamento ou visita domiciliar previamente agendada, classificação do quadro do paciente, histórico vacinal, informações de dados socioeconômicos e culturais para elucidação dos determinantes sociais que interferem no processo de saúde e enfermidade.

Nessa direção, cabe destacar a importância da adaptação do currículo dos cursos de formação dos profissionais de saúde envolvidos com a AB, para que esses tenham conhecimento prévio acerca dos SIS, de sua importância no contexto da AB e na melhoria da saúde como um todo.

Outro desafio atrelado à produção de informação em saúde no Brasil hodiernamente, consiste no fato de que o SIS ainda é determinado por uma práxis informacional de supervalorização das doenças, bem como causas de adoecimento e morte, em detrimento de outras relativas ao sujeito e às peculiaridades do cenário em que está inserido (Vasconcellos, Gribel & Moraes, 2008), o que demonstra que esta práxis é fundamentada no modelo biomédico hegemônico.

Referências

- Carreno, I., Moreschi, C., Marina, B., Hendges, D. J. B., Rempel, C., & Oliveira, M. M. C. D. (2015). Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 947-956.
- Carvalho, A. D. (2009). Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 3(3), 16-30.
- Carvalho, A. L. B. D. (2004). A Gestão da Informação em Saúde e o Município: Um estudo sobre municípios que implantaram o Programa Saúde da Família e que estão integrados ao Projeto da Rede Estadual de Informação em Saúde REIS/RNIS-PB. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.
- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. (2013). Nota técnica 07/2013. Estratégia e-SUS Atenção básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Brasília, 24 p.
- Cunha, E. M. D., & Vargens, J. M. D. C. (2017). Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. In: Gondim, G. M. M., Christóforo, M. A. C., & Miyashiro, G. M. (Org.). Técnico de vigilância em saúde: Fundamentos (pp. 71-112). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Facchini, L. A., Nobre, L. C. D. C., Faria, N. M. X., Fassa, A. G., Thumé, E., Tomasi, E., & Santana, V. (2005). Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 857-867.
- Gava, M., Ferreira, L. S., Palhares, D., & Mota, E. L. A. (2016). Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 891-902.
- Martins, L. M., Silva, E. M., & Marques, D. (2016). Informações em saúde na ótica de enfermeiras da saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, 1-9.
- Medeiros, J. B., Holmes, E. S., de Albuquerque, S. G. E., dos Santos, S. R., Candeia, R. M. S., & Costa, T. (2017). O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Revista de APS*, 20(1), 145-149.
- Peduzzi, M. (2003). Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1), 75-91.
- Pereira, B. D. S., & Tomasi, E. (2016). Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 411-418.
- Pinheiro, A. L. S., Andrade, K. T. S., de Oliveira Silva, D., Zacharias, F. C. M., Gomide, M. F. S., & Pinto, I. C. (2016). Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(3), 1-9.
- Pontelli, B., & Baldo, G. (2013). Sistemas de informação em saúde: estratégia para o planejamento em gestão. *Revista Fafibe On-Line*, 6(6), 150-156.
- Ribeiro, E. M., Pires, D., & Blank, V. G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 438-446.
- Rodrigues, V. P., Thomaz, E. B. A. F., Abreu, T. Q., Pinho, J. R. O., Santos, H. F. D. A. C., Lima, C. S. D. C., & Oliveira, A. E. F. D. (2017). Sistemas de informação em Saúde. *Cadernos de Saúde da Família, Conceitos e Ferramentas Epidemiológicas*. UNA-SUS/UFMA, 2, 37-59.
- Rouquayrol, M. Z., & Almeida Filho, N. (2003). *Epidemiologia & Saúde* (6ª. ed.). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Vasconcellos, M. M., Gribel, E. B., & Moraes, I. H. S. D. (2008). Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 173-182.



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN): ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM GESTANTES EM PETROLINA/PE, BRASIL ENTRE 2009 A 2018

Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior
Cleusa Wanderley de Queiroz Andrade
Kátia Rejane de Medeiros

Introdução

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) visam fortalecer e embasar as políticas públicas, pois permitem o acesso a conhecimentos e a capacitação dos profissionais a partir da análise das realidades populacionais (Benito et al, 2009). Dentre os SIS, o sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) auxilia na tomada de decisão, ao permitir a coleta e processamento de dados sobre doenças e agravos de notificação nos estados e municípios. Esse SIS tem como propósito identificar a realidade epidemiológica, auxiliar no planejamento em saúde, definir prioridades de intervenção e avaliar o impacto das ações de controle (Rocha et al, 2020).

Dessa forma, o SINAN é responsável pela notificação, investigação e acompanhamento dos agravos que compõem a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças permite adequação conforme necessidades regionais. A notificação deve ser realizada pelos profissionais dos diversos serviços de saúde permitindo o acompanhamento e análise da distribuição desses agravos.

Construir perfis epidemiológicos de doenças é essencial para a identificação dos fatores de risco. No caso da sífilis adquirida em gestantes, pelo seu potencial de transmissibilidade, o conhecimento é bastante relevante. O município de Petrolina, localizado na região do Vale do São Francisco do estado de Pernambuco, possui 349.145 habitantes e grande importância socioeconômica

para o sertão pernambucano. Entretanto, é encontrado um cenário de escassez de referências que olhem para a situação da sífilis nessa cidade.

Considerando-se as notificações do SINAN para sífilis em gestantes, este estudo analisou o perfil epidemiológico dessa doença e identificou as lacunas existentes no cuidado pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Petrolina-PE entre 2009 a 2018.

Referencial teórico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os SIS como instrumentos responsáveis pela coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária, visando a gestão dos serviços de saúde, sua organização e operacionalização (Cavalcante et al, 2011). Além disso, são um recurso computacional rápido, seguro e de fácil acesso, capaz de potencializar a busca de conhecimento e aperfeiçoar as ações de cuidado (Araújo et al, 2016).

No contexto da atenção primária à saúde (APS), o SINAN merece destaque porque deve ser utilizado como a principal fonte de informação para análise de agravos e doenças, detectando surtos e epidemias, juntamente com a elaboração de hipóteses epidemiológicas, permitindo, assim, dimensionar a real magnitude do problema de saúde (Laguardia et al, 2004). Além disso, o SINAN pode ser utilizado para a identificação de fatores de risco. Tudo isso torna esse sistema uma fonte de dados para o direcionamento de políticas em saúde e possibilita o planejamento de intervenções na saúde pública em conformidade com as realidades populacionais.

No Brasil, desde 1986, a sífilis congênita (SC) e a sífilis adquirida (SA) em gestante fazem parte da lista de notificação compulsória. A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* e compõe o grupo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Os registros da sífilis na literatura datam da idade média, sendo a prevalência dessa doença um indicador na qualidade da atenção à saúde materno-infantil.

A despeito do grande acúmulo de conhecimento sobre a doença, a sífilis é ainda um problema de saúde pública e representa um grave dano à

saúde materna e infantil devido às possíveis complicações geradas e pelo risco elevado de transmissão vertical (Domingues et al, 2016; Magalhães et al, 2011). A SC trata-se da infecção do feto pelo treponema através da placenta, podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez ou da doença materna e causar importantes repercussões na morbimortalidade infantil.

A realização do pré-natal em conformidade com protocolo brasileiro contribui na redução dos casos. Os exames de rastreio para sífilis devem ocorrer no primeiro e terceiro trimestre da gestação e, quando diagnosticado, há o tratamento das gestantes e seus parceiros.

Infelizmente, nos últimos anos observou-se um aumento dos casos de sífilis em países em desenvolvimento e desenvolvidos, caracterizando essa doença como um “fardo global” (Moline & Smith, 2016; Korenromp et al, 2019). O estado de Pernambuco também tem vivenciado essa realidade (Nascimento, 2019). Por isso, este estudo tem como propósito dar foco a situação da sífilis nas gestantes em Petrolina.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada a partir das notificações de casos de sífilis adquirida na gestação contidas no SINAN do município de Petrolina-PE no período de 2009 a 2018. Nas fichas de notificação, foram selecionadas as seguintes *características sociais*: faixa etária, período de gestação, cor da pele, escolaridade e ocupação; e as seguintes características relacionadas ao *cuidado*: classificação clínica, teste não treponêmico, teste treponêmico, intervalo entre exame e notificação, esquema de tratamento, tratamento do parceiro, motivo para não tratamento do parceiro e tratamento concomitante gestante e parceiro.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães Fiocruz-Pernambuco (CAAE 50906915.0.000.5190).

Resultados

A descrição dos resultados refere-se aos 855 casos notificados de gestantes com sífilis adquirida em Petrolina no período de 2009 a 2018, segundo o SINAN.

Foi observado em todo o período analisado, com exceção do ano de 2016, um crescimento no número de casos notificados de SA em gestantes a cada ano. Foram registradas 3 notificações em 2009, 13 em 2010; 28 em 2011; 50 em 2012; 84 em 2013; 99 em 2014; 137 em 2015; 111 em 2016; 142 em 2017 e 188 casos em 2018, totalizando um aumento de cerca de 62 vezes nos registros.

Observou-se também crescimento no número de notificações de SC, com exceção do ano de 2014 e 2016, com elevação de 13,8 vezes no número de casos. Foram registradas 9 notificações em 2009; 13 em 2010; 18 em 2011; 39 em 2012; 71 em 2013; 68 em 2014; 104 em 2015; 76 em 2016; 106 em 2017 e 125 casos registrados em 2018.

Nas características sociais (Tabela 1) a faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos, com 421 notificações (49%), seguida pelo grupo de 16 a 20 anos com 262 notificações (31%) e 31 a 45 anos com 136 (16%) notificações.

A análise por trimestre de notificação revelou que 535 (63%) das notificações ocorreram no 3º trimestre da gestação e apenas 90 (10%) dos casos tiveram diagnóstico no 1º trimestre. Essa informação foi ignorada em 84 (10%) notificações (Tabela 1).

Quanto à cor da pele, a cor parda correspondeu a 661 (75%) notificações e, ao agrupar pretas e pardas foi totalizado 83% dos registros. Nesse campo, 85 (10%) não foram informados ou ignorados (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, 357 (42%) não tiveram informação registrada, sendo 20% ignorada e 22% sem anotação alguma; 212 (25%) cursaram da 5ª a 8ª série e 192 (22%) do ensino médio incompleto ao ensino superior (Tabela 1).

Quanto a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), 476 (56%) das gestantes integram o serviço de reparação e manutenção e 153 (18%) são classificadas como trabalhadoras de outras modalidades. Não houve preenchimento de 226 (26%) notificações (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis relacionadas as características sociais de sífilis adquirida na gestação em Petrolina no período de 2009 a 2018 segundo o SINAN.

| Variáveis Sociais | | |
|---|-----|-----|
| Faixa etária | | |
| 11 a 15 anos | 36 | 4% |
| 16 a 20 anos | 262 | 31% |
| 21 a 30 anos | 421 | 49% |
| 31 a 45 anos | 136 | 16% |
| Período de gestação | | |
| 1º trimestre | 90 | 10% |
| 2º trimestre | 146 | 17% |
| 3º trimestre | 535 | 63% |
| Ignorado / Vazio | 84 | 10% |
| Cor da pele | | |
| Branca | 51 | 6% |
| Preta ou Parda | 706 | 83% |
| Outras | 13 | 1% |
| Ignorado / Vazio | 85 | 10% |
| Escolaridade | | |
| Até a 4ª série | 94 | 11% |
| Da 5ª a 8ª série | 212 | 25% |
| Do ensino médio incompleto ao ensino superior | 192 | 22% |
| Ignorado / Vazio | 357 | 42% |
| Ocupação | | |
| Trabalhadoras em serviços de reparação e manutenção | 476 | 56% |
| Outras trabalhadoras | 153 | 18% |
| Ignorado / Vazio | 226 | 26% |

Fonte: SINAN.

Em relação ao *cuidado* (Tabela 2), foi observado quanto à classificação clínica que a maior parte das notificações foi registrada como sífilis primária (65%), com exceção dos anos 2009 e 2010. Houve 70 (8%) notificações como sífilis secundária e 96 (11%) como terciária ou latente. Não houve a classificação em 96 (11%) notificações.

Quanto ao teste não treponêmico no pré-natal, verificou-se que 573 (67%) das gestantes apresentaram resultado positivo, 172 (20%) não realizaram, 74 (9%) foram não reagentes e essa informação foi ignorada em 36 (4%) notificações. No

período, 521 (61%) gestantes notificadas não realizaram o teste treponêmico; 228 (27%) gestantes tiveram resultado reagente; 59 (7%) não reagente e 47 (5%) foram ignorados (Tabela 2).

Em relação ao tratamento, é visto na Tabela 2 que os resultados apontaram 286 (33%) gestantes tratadas com Penicilina G Benzatina 2400000 UI, 264 (31%) não tratadas e 230 (27%) tratadas com Penicilina G Benzatina 7200000 UI. Este dado foi ignorado em 12 notificações (1%).

Entre a data de realização do exame que apontou a sífilis e a notificação, o período foi inferior a 30 dias em 67% dos casos. A notificação foi maior do que 3 meses após o diagnóstico em 148 (17%) gestantes e em 124 (15%) esse período foi maior do que 30 dias e menor do que 3 meses (Tabela 2).

Não foram tratados 562 (66%) parceiros e este campo ficou vazio ou foi ignorado em 89 (10%) notificações (Tabela 2). Dentre os motivos para o não tratamento do parceiro, 378 (44%) foram classificados como “outros motivos”; 191 (22%) notificações não tiveram preenchimento; 105 (12%) parceiros não tiveram mais contato com a gestante; 98 (12%) não foram comunicados ou convocados para a UBS para tratamento; 83 (10%) recusas ou não comparecimentos.

Em 613 (72%) casos o tratamento não foi concomitante entre parceiro e gestante, como preconizado. Apenas 184 (21%) tiveram o tratamento concomitante. Este campo estava vazio ou ignorado em 58 notificações (7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionadas ao cuidado de sífilis adquirida na gestação em Petrolina no período de 2009 a 2018 segundo o SINAN.

| Variáveis ligadas ao cuidado | | |
|------------------------------|-----|-----|
| Classificação clínica | | |
| Sífilis Primária | 555 | 65% |
| Sífilis Secundária | 70 | 8% |
| Sífilis Terciária / Latente | 96 | 11% |
| Vazio / Ignorado | 134 | 16% |
| Teste não treponêmico | | |
| Reagente | 573 | 67% |
| Não reagente | 74 | 9% |
| Não realizado | 172 | 20% |
| Ignorado | 36 | 4% |

| Teste treponêmico | | |
|---|-----|-----|
| Reagente | 228 | 27% |
| Não reagente | 59 | 7% |
| Não realizado | 521 | 61% |
| Ignorado | 47 | 5% |
| Esquema de tratamento | | |
| Ignorado | 12 | 1% |
| Não realizado | 264 | 31% |
| Outro esquema | 30 | 4% |
| Penicilina G Benzatina 7200000 UI | 230 | 27% |
| Penicilina G Benzatina 4800000 UI | 33 | 4% |
| Penicilina G Benzatina 2400000 UI | 286 | 33% |
| Intervalo entre diagnóstico e notificação | | |
| Menor que 1 mês | 573 | 67% |
| Maior que 1 mês e menor que 3 meses | 124 | 15% |
| Maior que 3 meses | 148 | 17% |
| Ignorado | 10 | 1% |
| Tratamento do parceiro | | |
| Não realizado | 562 | 66% |
| Realizado | 204 | 24% |
| Campo Vazio / Ignorado | 89 | 10% |
| Motivo para não tratamento do parceiro | | |
| Campo vazio | 191 | 22% |
| Recusa ou não comparecimento | 83 | 10% |
| Parceiro não comunicado | 98 | 12% |
| Parceiro não teve mais contato com a gestante | 105 | 12% |
| Outro motivo | 378 | 44% |
| Tratamento concomitante em parceiro e gestante | | |
| Sim | 184 | 21% |
| Não | 613 | 72% |
| Campo Vazio / Ignorado | 58 | 7% |

Fonte: SINAN.

Discussão

Os SIS permitem que os profissionais da saúde busquem conhecimentos, se tornem capacitados e competentes para atuar dentro do sistema de saúde,

visando consolidar a política do SUS (Benito et al, 2009).

Foi possível construir o perfil epidemiológico das mulheres com SA na gestação em Petrolina e reconhecer os fatores de risco para essa doença, assim como observar que há deficiências no cuidado pré-natal do município.

É importante destacar que embora o SINAN não tenha dados referentes a renda das mulheres notificadas com sífilis na gestação, sabe-se que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a assistência pré-natal (Nunes et al, 2001).

Houve aumento concomitante dos casos de SA em gestantes e SC em Petrolina. Esses dados estão em sintonia com a realidade da sífilis no mundo e em Pernambuco (Korenromp et al, 2019; nascimento, 2019). O aumento no número de casos notificados pode estar relacionado com uma maior sensibilidade no registro, tratamento inadequado pela maioria das gestantes e pouca adesão do parceiro ao tratamento (Alves et al, 2018). Em estudo realizado por Nascimento (2019) foi observado um crescimento no número de casos e na taxa de detecção de sífilis na gestação, além de incidência crescente de SC durante o período de 2008 a 2017 em Pernambuco. Entretanto, neste estudo, o número de casos de SC notificados no SINAN foi maior do que o de sífilis na gestação em todo o período analisado. Esse achado pode representar uma lacuna no cuidado pré-natal em Pernambuco ou notificação inadequada dessas mulheres.

As mulheres jovens, com idade de 16 a 30 anos, representam 80% das notificações. Este perfil está em conformidade com o nacional. Segundo dados do boletim epidemiológico nacional para sífilis, no período de 2005 a 2019, foram registrados 324.199 casos de sífilis em gestantes, sendo 77,1% de mulheres com idade 15 a 29 anos (Brasil, 2019).

Em Petrolina houve predomínio de mulheres cujo diagnóstico ocorreu no 3º trimestre da gestação (63%). Esse resultado difere do nacional, onde a distribuição percentual entre 2007 e 2019 dos casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional possui equilíbrio, sendo 33,1% no primeiro, 28,8% no segundo e 31,4% no último trimestre (Brasil, 2019).

A maior parte das mulheres (83%) é parda ou negra, predominância encontrada em vários estudos como realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, entre 2010 a 2013, no qual a sífilis na gestação foi identificada em 72,9% das

mulheres classificadas como não brancas (Nonato et al, 2015). Nos Estados Unidos, foi verificada uma distribuição desigual da sífilis materna em relação à etnia, com taxas de SC em filhos de mulheres afro-americanas dez vezes maiores do que o de mulheres brancas (Rowe et al, 2018).

A variável escolaridade é um dos determinantes sociais mais diretamente relacionados à incidência de sífilis, havendo maior proporção dessa doença nas áreas com menores taxas de alfabetização (Ramos, 2020). Neste estudo foi observado que, das 498 notificações em que esse campo estava registrado, 61% apontam baixos níveis de escolaridade. É importante destacar que este dado foi não preenchido ou ignorado em 357 fichas. Dessa forma, o preenchimento inadequado de 41% das fichas de notificação configura perda de oportunidade para avaliar a gravidade de uma doença e seus fatores de risco.

Com relação à ocupação, verificou-se que 56% das mulheres pertencem à categoria “Trabalhadores em Serviços de Reparação e Manutenção”. Destaca-se que as donas de casa são enquadradas nessa categoria; dessa forma, esse perfil está semelhante ao encontrado em outras cidades brasileiras (Nonato et al, 2015). Não houve preenchimento em 26% das notificações, corroborando para os limites de monitoramento da realidade de saúde da população com base nos registros do SINAN.

Sugere-se atenção quanto à classificação de 65% das notificações como sífilis primária, pois não é o que se espera considerando a fisiopatologia da doença, sendo esta fase de curta duração e muitas vezes de difícil identificação da lesão, podendo ser assintomática em parte das mulheres. Neste caso, considera-se a possibilidade de classificação e/ou notificação equivocadas, o que pode refletir no aumento dos casos de SC, já que a prescrição do tratamento depende diretamente dessa classificação.

Nota-se uma taxa de realização de cerca de 80% de testes não treponêmicos e de 30% dos treponêmicos. Essa preferência pode estar relacionada com as qualidades do teste não treponêmico, em que se destaca sua ampla disponibilidade, seu baixo custo e a possibilidade de monitoramento da resposta ao tratamento. Porém, ainda assim, a quantidade de testes realizados é insuficiente. No município de Maringá no Paraná foram relatadas taxas de 95% de realização do VDRL, teste não treponêmico (Padovani et al, 2018).

Verificou-se que cerca de 60% dos casos foram notificados no 3º trimestre, que 67% entre os testes não treponêmico foram reagentes e que aproximadamente

31% das gestantes não receberam nenhum tratamento. Os 63% de diagnósticos realizados no 3º trimestre destoam dos 26% encontrados no estudo realizado em Maringá, Paraná (Padovani et al, 2018). Também se observou que em Petrolina cerca de 20% dos casos notificados não realizaram o teste não treponêmico.

Observou-se que 31% das gestantes notificadas não receberam tratamento algum. Esta situação inspira preocupação frente às implicações à coletiva, materna e fetal. Entretanto, é importante destacar que a realização de pré-natal não implica necessariamente no diagnóstico e tratamento adequado da doença. Segundo dados nacionais do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, no período de 2007 a 2019, em 77% dos casos de SC as mães destas crianças tinham realizado o pré-natal (Brasil, 2019). Fica claro que há a necessidade de um pré-natal completo e de qualidade.

Considerando a baixa complexidade, a ampla disponibilidade do teste do rastreio e a existência de protocolos para abordagem deste agravo, pode-se afirmar que há lacunas no cuidado pré-natal na rede básica de Petrolina, favorecendo o aumento no número de casos. Ademais, o elevado percentual de gestantes não tratadas e o número de notificações ocorridas apenas no 3º trimestre sugerem haver lacunas também nos cuidados prestados aos parceiros dessas mulheres, já que a gestante continua sendo exposta; sendo, portanto, o tratamento concomitante imprescindível para a prevenção dessa doença.

Entretanto, 66% dos parceiros não realizaram tratamento, permanecendo, possivelmente, como fonte de reinfecção para a gestante. Apenas 24% dos parceiros receberam tratamento, e apenas 21% fizeram concomitantemente com as mulheres.

Sobre a recusa do parceiro em aceitar o tratamento e em comparecer à UBS, não é uma peculiaridade de Petrolina. Outros estudos demonstraram a dificuldade na construção de vínculo entre a equipe de saúde e a população masculina e, portanto, a necessidade de estratégias direcionadas a esse grupo populacional específico.

Observou-se aumento em 62 vezes no número de casos notificados de sífilis na gestação no período estudado, demonstrando a situação preocupante do município de Petrolina.

Apesar da implantação em 1993 do SINAN, notou-se que, há deficiências no monitoramento e na gestão desse sistema de informação, influenciando

negativamente em seu potencial de informar. Alguns aspectos fragilizam a qualidade dos dados presentes nesse sistema, ou seja, a inconfiabilidade dos dados, a subnotificação e a falta de conhecimento dos profissionais que coletam e fornecem esses dados aos SIS prejudicam a finalidade dessa ferramenta (Nyamtema, 2010). Isso fica claro quando se observam os problemas de preenchimento inadequado ou ignorado no conjunto de variáveis deste estudo. Dessa forma, a ausência de monitoramento do processo de notificação configura perda de oportunidade para avaliar a gravidade de uma doença ou agravo, reduzindo seu potencial para o planejamento e construção do cuidado em saúde (Silva Júnior et al, 2016).

Conclusão

Não há estudos anteriores sobre a situação da sífilis em Petrolina. Por isso, destaca-se neste trabalho o ineditismo ao tratar deste problema de saúde pública. Através dos dados do SINAN foi possível construir o perfil epidemiológico e social das gestantes com sífilis em Petrolina e observar os fatores de risco associados a esse agravo, além de constatar que há lacunas no cuidado pré-natal.

Foram revelados problemas relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida em gestantes, sugerindo possíveis lacunas responsáveis pelo incremento de casos: não tratamento da gestante ou o tratamento inadequado, classificação inadequada do estágio da sífilis, falta de realização de exames, não tratamento do parceiro, tratamento não concomitante e preenchimento inadequado dos registros. Esse conjunto de evidências impõe medidas de planejamento e organização da estratégia de saúde da família para direcionamento de ações em saúde que permitam a implementação de um pré-natal eficiente e completo, com testagem sorológica, diagnóstico e tratamento dos parceiros para o melhor manejo e controle da sífilis na gestação (Domingues et al, 2013; Saraceni et al, 2017; Figueiredo, 2005). É preciso, ainda, que haja a qualificação das equipes de saúde para promoção de um cuidado de qualidade para a população.

Para isso, os SIS são fundamentais para o planejamento em saúde e direcionamento adequado dos recursos, valorizando a realidade de saúde da população. Assim, a qualidade das informações em saúde é essencial para a construção e promoção da mesma (Silva Júnior et al, 2016), sendo necessário que

haja o monitoramento do processo de notificação, políticas de gestão da informação e a capacitação dos profissionais desses serviços (Laguardia et al, 2004).

Referências

- Alves, P. I. C., Scatena, L. M., Haas, V. J., & Castro, S. de S. (2020). Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(8), 2949-2960. Epub 05 de agosto de 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.20982018>.
- Araújo, Y. B. de, Rezende, L. C. M., Queiroga, M. M. D. de, & Santos, S. R. dos. (2016). Sistemas de Informação em Saúde: Inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. *Journal of Health Informatics*, 8(5), Article 5. <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/438>.
- Benito, G. A. V., & Licheski, A. P. (2009). Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 447-450. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300018>.
- Brasil. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros (s.d.). Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
- Cavalcante, R., Ferreira, M., & Silva, P. (2011). Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(2), 290-299. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976922580>.
- Domingues, R. M. S. M., & Leal, M. do C. (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(6), e00082415. Epub 01 de junho de 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
- Domingues, R. M. S. M., Lauria, L. de M., Saraceni, V., & Leal, M. do C. (2013). Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1341-1351. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500019>.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.
- Korenromp E. L., Rowley J., Alonso, M., Mello, M. B., Wijesooriya, N. S., Mahiané, S. G. et al. (2019). Correction: Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes— Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS ONE* 14(7): e0219613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219613>.
- Laguardia, J., Domingues, C. M. A., Carvalho, C., Lauerma, C. R., Macário, Eduardo, & Glatt, Ruth. (2004). Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(3), 135-146. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000300002>.
- Magalhães, D. M. dos S. et al. (2011). A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 22(sup. 1), p. 43-54. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/136931>>.
- Moline, H. R.; Smith, J. F. Jr. The continuing threat of syphilis in pregnancy, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*: April 2016 - Volume 28 - Issue 2 - p 101-104. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000258.



URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA

Fábio Mauro Ricciulli
Elen Rose Lodeiro Castanheira

- Nascimento, R. G. C. (2019). Sífilis congênita e sífilis em gestante em Pernambuco: uma análise das notificações. Tese de conclusão de curso, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.
- Nonato, S. M., Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2015). Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte - MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(4), 681-694. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.
- Nunes, A., Santos, J. R. S., Barata, R. B., & Vianna, S. M. (2001). Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento. <http://www.ipea.gov.br>. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9027>.
- Nyamtema, A. S. (2010). Bridging the gaps in the Health Management Information System in the context of a changing health sector. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(1), 36. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-10-36>
- Padovani, C., Oliveira, R. R. de, & Pelloso, S. M. (2018). Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of Southern Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3019. Epub August 09, 2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>
- Ramos, R. S. P. S., Ramos, V. P. Análise espacial como ferramenta de identificação de áreas prioritárias de intervenção para prevenção da sífilis. *Cien Saúde Colet [periódico na internet]* (2020/Fev.). [Citado em 31/08/2020]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-espacial-como-ferramenta-de-identificacao-de-areas-prioritarias-de-intervencao-para-prevencao-da-sifilis/17500>
- Rocha, M. S., Bartholomay, P., Cavalcante, M. V., Medeiros, F. C. de, Codenotti, S. B., Pelissari, D. M., Andrade, K. B., Silva, G. D. M. da, Arakaki-Sanchez, D., & Pinheiro, R. S. (2020). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1), e2019017. Epub 17 de fevereiro de 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100009>.
- Rowe, C. R. R., Newberry, D. M., Jnah, A. J. Congenital Syphilis, *Advances in Neonatal Care: December 2018 - Volume 18 - Issue 6 - p 438-44*. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000534.
- Saraceni, V., Pereira, G. F. M., da Silveira, M. F., Araujo, M. A. L., & Miranda, A. E. (2017). Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: Dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e44.
- Silva Júnior, Sérgio Henrique Almeida da, Mota, Jurema Corrêa da, Silva, Raulino Sabino da, Campos, Mônica Rodrigues, & Schramm, Joyce Mendes de Andrade. (2016). Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(3), 487-498. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000300005>.

Introdução

A Estratégia da Saúde da Família e Comunidade (ESFC) é considerada como o principal modelo de Atenção Básica (AB) à saúde no Brasil, o que coloca os serviços organizados segundo a ESFC como as principais portas de entrada e centros de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da coordenação do cuidado e articulação das ações e serviços que a compõe (Brasil, 2017a). Nesse sentido, a ESFC, assim como as demais unidades de AB, deve assegurar o acolhimento da demanda espontânea, com escuta ativa e qualificada, integrando-se à rede de maneira resolvente, sempre que necessário (Brasil, 2011a, 2017a).

Embora os serviços de AB não tenham tradição na atenção a situações de urgência e emergência (U/E), a expansão e melhoria de acesso conquistados pela ESFC e sua efetivação como porta de entrada do sistema, colocam as unidades de AB como ponto estratégico para uma atenção integral, o que inclui o primeiro atendimento a situações de U/E. A necessidade de maior qualificação para o atendimento a esse tipo de demanda, previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) desde 2003 (Brasil, 2003), é assinalada por estudos que apontam a importância de investimento no preparo técnico das equipes e no provisionamento de condições materiais adequadas (Herminda, Nascimento, Belaver, Danczuk, Alves & Jung, 2016).

Qualquer pessoa que procure contato com a unidade deve ter suas necessidades de saúde acolhidas, de modo que inclusive situações de U/E possam ser identificadas com prioridade e direcionadas de acordo com a melhor conduta indicada para cada caso. Para isso, é imprescindível que na ESFC seja feito o acolhimento da demanda espontânea com estratificação de risco, atividade geralmente desempenhada pela equipe de enfermagem, pois essa avaliação prévia

é que vai orientar o tipo de intervenção e o tempo necessário à melhor resposta. (Brasil, 2011a, 2013a, 2017a; Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], 2012).

Assim, é fundamental que todas as unidades de ESFC possuam estrutura adequada para abordar situações de U/E, no que se refere à existência de equipamentos, insumos e medicamentos para que o primeiro atendimento possa ocorrer de forma eficaz. Além disso, a disponibilização de Recursos Humanos (RH) capacitados para atenção a situações de U/E é essencial para que a utilização da estrutura material seja adequada e a tomada de decisão seja oportuna e tecnicamente correta (Brasil 2003, 2017b; Ikuta, 2012; Conselho Federal de Medicina [CFM] 2016, Lopes, 2018; Melo & Silva, 2011).

Segundo a PNAU, a ESFC é parte do componente pré-hospitalar fixo, sendo sua atribuição o acolhimento dos quadros agudos, crônicos agudizados e urgências de menor gravidade, respeitada a complexidade compatível com esse nível de assistência. As situações de urgência são mais frequentes e requerem um atendimento pronto, com avaliação imediata e medidas assistenciais que evitem um agravamento do quadro. Ainda que menos frequentes, as situações de emergência requerem diagnóstico precoce, com necessidade de iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento em um fluxo rápido e efetivo (Brasil, 2003; Oliveira, Araujo & Garcia, 2018; Pacheco, 2015).

Todavia, apesar da ESFC compor a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RAUE), seu papel no atendimento ao usuário em condições agudas ainda precisa ser mais bem descrito e estudado. Em relação à estrutura não há um consenso sobre o detalhamento de equipamentos e insumos necessários para compor o ambiente de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Oliveira & Mesquita, 2015).

Vale assinalar que a AB apenas recentemente passou a fazer parte da RAUE e, como tradicionalmente os atendimentos agendados são priorizados, existe uma inadequação estrutural na abordagem dessas situações. Entretanto, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, afirma que “*nas situações de urgência e/ou emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço em caso de necessidade*” o que torna necessário que a ESFC esteja capacitada para tal função (Brasil, 2011b, p. 7).

Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, do total de atendimentos realizados pelos serviços de AB em 2014, foram registradas 24,39% de consultas ambulatoriais básicas de urgência, o que mostra que uma parcela significativa de usuários procurou a AB em demanda espontânea com algum tipo de acometimento agudo (Mendes, Cruz & Portas, 2015).

Considerando ainda o baixo número de estudos brasileiros que abordam a temática em estudo, o presente trabalho procurou responder às seguintes questões: qual a estrutura necessária para o atendimento a U/E em ESFC? Qual a estrutura atualmente instalada na AB?

Para responder a essas questões os objetivos do presente trabalho são: apresentar uma proposta do conjunto de itens necessários para um atendimento pré-hospitalar resolutivo e de qualidade, e testar sua aplicação na avaliação da estrutura para atenção às U/E em ESFC de um município do centro oeste paulista.

Referencial teórico

O presente trabalho baseia-se no referencial donabediano (Donabedian, 1988) para avaliação da estrutura de atenção às urgências e emergências em serviços de ESFC. A tríade estrutura- processo- resultados é internacionalmente utilizada para avaliação de serviços de saúde. Segundo esse autor, a estrutura, objeto de análise do presente trabalho, pode ser avaliada a partir dos recursos materiais disponíveis, como equipamentos, insumos e ambiência, e dos RH, em termos de quantidade, qualificação e suporte organizacional (Donabedian, 1988).

Embora a avaliação de estrutura não seja a dimensão mais valorizada na predição de bons resultados, no caso do atendimento a situações de U/E assume especial importância como condição necessária à efetivação de uma assistência segura e qualificada.

A definição de critérios e padrões utilizados baseou-se no seguinte conjunto de documentos: na PNAU e na organização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2003, 2011a); em orientações técnicas do Ministério da Saúde (MS) do Cadernos de AB número 28, volumes I e II, referentes ao acolhimento da demanda espontânea (Brasil, 2013a e 2012c); no Manual

Instrutivo da RAUE no SUS (Brasil, 2013b); na resolução do CFM nº 2.153/2016 que estabelece critérios mínimos para o funcionamento de serviços médicos (CFM, 2016); nas recomendações de estrutura material presentes no instrumento de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da AB (Brasil, 2017b); e em manuais técnicos nacionais e textos da literatura sobre o atendimento a U/E em serviços de AB (Melo & Silva, 2011; Ikuta, 2012; Farias, Celino, Peixoto, Barbosa & Costa, 2015; Lopes, 2018; Oliveira, Araujo & Garcia, 2018).

Metodologia

Estudo de caráter exploratório realiza uma avaliação descritiva, por meio de abordagem quantitativa, com foco na avaliação da estrutura para atendimento a condições de U/E nas UBS.

O campo foi realizado entre 17 de janeiro e 31 de março de 2020, em um município do centro oeste paulista com aproximadamente 37 mil habitantes, dos quais 2000 residem em um distrito rural. O estudo abarcou o conjunto das sete UBS que compõem a rede de AB do município, sendo uma unidade rural que será denominada ESFC rural, cinco unidades urbanas localizadas em bairros periféricos, nomeadas ESFC periféricas e uma unidade urbana mais central, que é um Centro de Saúde (CS) que também é sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que será chamado CS/ESFC. A referência ao conjunto de ESFC urbanas e CS/ESFC será denominada como UBS urbanas. Todas as UBS, inclusive o CS/ESFC, possuem pelo menos uma equipe de ESFC, num total de 10 equipes (nem todas completas), compondo com outros profissionais que atuam em períodos específicos com menor carga horária, como médicos clínicos e pediatras, entre outros. Desse modo as UBS possuem equipes mistas com a participação de diferentes especialidades vinculadas à AB.

Para coleta de dados nos serviços foram elaborados dois instrumentos estruturados, na forma de checklist, um para a avaliação da estrutura de equipamentos e insumos, composto por 74 itens, e outro para verificação dos medicamentos disponíveis, composto por 64 itens, ambos construídos a partir de listagem de itens preconizados na literatura (Brasil 2003, 2017b; Ikuta, 2012; CFM 2013, 2014; Lopes et al, 2018; Melo & Silva, 2011).

A identificação da composição de RH em cada unidade foi feita a partir de dados secundários registrados no Cadastro Nacional Estabelecimentos Saúde (CNES) do MS e no Portal de Transparência do Município, item Gestão de Pessoas.

A experiência e capacitação para o atendimento de situações de U/E nas UBS foi questionada por meio de entrevista telefônica com os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que compõem as equipes de ESFC de cada unidade. Os demais profissionais não foram entrevistados. Na maioria das unidades há um gerente que não integra a equipe técnica, constituindo-se um cargo de indicação, em geral, comissionado da SMS.

O presente trabalho apresenta resultados parciais do projeto de mestrado profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), intitulado “O papel da Estratégia da Saúde da Família na Rede de Urgências e Emergências”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP, em 11 de janeiro de 2020, de acordo com o parecer de número: 3.798.310.

Resultados e discussão

O município estudado conta com AB organizada segundo três diferentes arranjos em relação à localização geográfica e à composição das equipes, com possíveis repercussões no processo assistencial.

As ESFC periféricas apresentam equipes com composição semelhante: possuem uma ou duas equipes ESFC, cada uma composta por um médico de ESFC, um enfermeiro, seis auxiliares/ técnicos de enfermagem, três cirurgiões dentistas que se revezam nos serviços, um auxiliar de saúde bucal e 3-12 (média de sete) agentes comunitários de saúde (ACS). Contam periodicamente com dois fisioterapeutas; um pediatra; um ginecologista, três clínicos gerais e sete trabalhadores em serviços de apoio (tais como administrativos, serventes, entre outros).

O CS/ESFC é a unidade mais antiga e com equipe mais diversificada. Conta com um médico de ESFC; quatro enfermeiros; 15 técnicos ou auxiliares de enfermagem; cinco ACS; dois dentistas, dois fisioterapeutas. Além disso, conta também com um pediatra; um ginecologista e dois clínicos gerais, em alguns dias da semana. Como a SMS está instalada no mesmo prédio, também atuam 14 profissionais gestores e 42 outros profissionais de apoio.

A ESFC rural, conta com uma equipe de SFC, que no momento do estudo encontrava-se sem médico, dois enfermeiros; nenhum técnico ou auxiliar de enfermagem; dois ACS; dois dentistas. Além disso, a unidade conta com um pediatra e dois clínicos gerais, em dias específicos. Há ainda 10 profissionais de apoio. Uma ambulância desequipada, com apenas uma maca, está disponível 24 horas por dia, em frente à unidade, com plantões de motoristas que se revezam, pois essa unidade está a 90 km da UPA, levando cerca de 1 hora para chegar por estrada asfaltada.

Além das UBS, a rede de atenção às U/E é composta por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal e o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), utilizado para casos de emergência. Dispõe também de uma ambulância municipal equipada, com oxigênio e equipamentos básicos e com motorista e técnico de enfermagem utilizada para o transporte de urgências das UBS urbanas. A referência hospitalar é feita em município vizinho de maior porte, com exceção da atenção ao parto que é realizado em hospital conveniado no próprio município.

Fica evidente a carência de RH para atendimento das situações de U/E na ESFC rural, o que se agrava pelo distanciamento da UPA. Além disso, a distribuição é heterogênea entre as UBSs, por exemplo, existem 15 técnicos e auxiliares de enfermagem no CS/ESFC e nenhum na ESFC rural.

Estavam previstas duas equipes de ESFC em cada UBS, o que não se efetivou. As ausências são frequentes, ora de médicos, ora de enfermeiras ou mesmo de ACS. Por exemplo, observou-se três unidades com uma enfermeira para dois médicos de ESFC e duas unidades sem enfermeiras de ESFC, além da falta de médico na unidade ESFC rural.

Embora o acolhimento inicial da demanda espontânea possa ser realizado por qualquer funcionário da unidade, em situações de U/E deve ser avaliado por profissionais qualificados (Farias, 2015). Nas ESFC estudadas o acolhimento é executado principalmente pela equipe de enfermagem, com supervisão da enfermeira. Sendo assim, a carência de enfermeiras prejudica a abordagem dessas situações, pois são elas que fazem a classificação de risco segundo a PNAB (2017a).

Quanto à capacitação em U/E das equipes de ESFC do município foram entrevistados sete médicos, oito enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, que representam os profissionais que estão presentes nas unidades durante todo o período em que estas se encontram abertas (das 7 h às 18h).

Entre os entrevistados 85% dos médicos, e 62% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem referem capacitação. Em relação à experiência de trabalho, atual ou pregressa, com U/E 100% dos médicos, 50% das enfermeiras e 32% dos técnicos, afirmam possuir. Muitos afirmam que a capacitação ocorreu à longa data, o que pode indicar a necessidade de uma reciclagem das equipes.

Considerando a diversidade de arranjos organizacionais, e a equivalência observada nos dados das ESFC periféricas, a análise da frequência de equipamentos, insumos e medicamentos será feita considerando os três tipos de serviço de AB presentes no município estudado, conforme detalhado nas Tabelas 1 e 2.

Embora todas as UBS possuam farmácias para dispensação de medicamentos, o que descentraliza o acesso, há muitas faltas que limitam a atenção em U/E. As UBS urbanas têm disponibilidade equivalente, mas observa-se uma diferença importante em relação à unidade rural, que possui 2,2 vezes mais medicamentos que as demais (Tabela 1).

Em relação à apresentação farmacêutica, a disponibilidade de comprimidos é semelhante em todas as UBS, variando entre 6-8 fármacos (80% do total preconizado).

Por outro lado, apenas um medicamento em ampola, apresentação mais utilizada em U/E, é encontrado nas ESFC periféricas (3% do preconizado), e nenhum no CS/ESFC. Já na ESFC rural existem 18 medicamentos em ampolas dos 44 preconizados (40 % do total).

Tabela 1. Disponibilidade de medicamentos segundo utilização em situação de urgência por tipo de unidade básica, segundo avaliação de município do centro oeste paulista, 2020.

| Medicamentos segundo uso principal nos casos de urgências e emergências (drogas – apresentação) | Nº de itens recomendados | ESFC periférica ¹ | CS/ ESFC | ESFC rural |
|--|--------------------------|------------------------------|----------|------------|
| Intercorrências algicas – analgesia grau 1 /antitêrmicos (Amp: Dipirona, Diclofenaco, Escopolamina). | 3 | 0 | 0 | 2 |
| Anticolinérgicos (Amp: atropina) | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Antihistamínico (Amp: prometazina) | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Anestésicos (Amp: etomidato, lidocaina) | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Corticóides (Amp: Dexametasona, Hidrocortisona / CP: Prednisona/ SO: Prednisolona) | 4 | 2 | 2 | 3 |
| Equilíbrio hidroeletrólítico (Amp: Bicarbonato de sódio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Gluconato de cálcio, Sulfato de magnésio/ Frasco ou bolsa: Ringer lactato, SF 0,9%, SGF, SG) | 9 | 1 | 1 | 2 |
| Intercorrências Cardiovasculares (Amp: Adenosina, Adrenalina, Amiodarona, Deslanosídeo, Dobutamina; Dopamina, Furosemida, Hidralazina, Metoprolol , Noradrenalina / CP: AAS, Captopril, Clonidina, Clopidogrel, Isossorbida, Nifedipina, Propranilnitrato) | 17 | 6 | 6 | 8 |

| | | | | |
|--|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Intercorrências Endocrinológicas (Glicose amp ou frasco; Glucagon amp, Frasco: Insulina NPH e R) | 3 | 2 | 2 | 3 |
| Intercorrências Gastroenterológicas (Amp: Dimenidrinato, Ranitidina) | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Intercorrências Obstétricas no pós-parto (ocitocina) | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Intercorrências Neurológicas e em Saúde Mental (Amp: Fenitoína, Fenobasbital, Haloperidol, Midazolam, Succinilcolina, Tiamina / CP: Diazepam) | 7 | 0 | 1 | 4 |
| Intercorrências Respiratórias (Amp: Aminofilina; Terbutalina; Budesonida para inalação / Gotas inalatórias: Fenoterol; Ipratropio; / Spray inalatório: Salbutamol ; Beclometasona) | 7 | 2 | 2 | 3 |
| Preparo medicação (água destilada – amp) | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Outras intercorrências: | | | | |
| Analgesia grau 3(Amp: Fentanil; meperidina; morfina) | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Antagonista morfina (Naloxona – amp) | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Antagonista benzodiazepínico (Flumazenil - amp) | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 64 (100%) | 14 (22%) | 14 (22%) | 31 (48%) |

1. Padrão médio encontrado em cinco unidades de Estratégia de Saúde da Família e Comunidade (ESFC)

Abreviaturas: Amp: apresentação em ampola; CP: apresentação em comprimido; SO: solução oral. ESFC periférica: Estratégia de Saúde da Família e Comunidade urbana periférica. / CS/ESFC: Centro de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e Comunidade. / ESFC rural: Estratégia de Saúde da Família e Comunidade em distrito rural. / No texto UBS urbanas: ESFC periférica + CS/ESFC. / UBS: todas unidades básicas municipais (urbanas e rural).

Fonte: Elaboração própria.

Outro destaque em relação aos medicamentos é que não existem nas UBS urbanas, medicações injetáveis para analgesia e nem mesmo antitérmico endovenoso (EV) (Tabela 1). Assim, uma pessoa com dor importante não poderá ser abordada nesses locais, comprometendo a resolutividade das UBS. Esse problema é minorado na ESFC rural, que dispõe de dipirona e diclofenaco em ampola. Observa-se ausência de escopolamina na totalidade das UBS, medicamento muito utilizado na abordagem de dor visceral, como uma cólica gastrointestinal.

Outra ausência importante nas UBS urbanas é a de anti-histamínico em ampola, o que dificulta a abordagem de situações alérgicas, incluindo aquelas causadas por fármacos administrados na própria unidade, bem como ocorridas por aplicação de vacinas. Também é notável a falta de anestésico nessas unidades que dificulta a realização de procedimentos simples como pequenas suturas ou drenagem de abscessos não complicados. Em todas essas situações, a ESFC rural está mais bem preparada para abordagem medicamentosa de situações de U/E.

A apresentação em gotas inalatórias foi a única que atingiu 100% do recomendado, em todas as UBS contemplando os fármacos fenoterol e ipratrópio, que tem uso rotineiro nas unidades nas Intercorrências Respiratórias. Contudo,

outras drogas importantes na abordagem dessas intercorrências estão ausentes em todas UBS, como corticoide inalatório para uso, por exemplo, em crise asmática.

Em todas as UBS, a categoria Intercorrências Cardiovasculares é conta com a maior quantia de fármacos, variando de 5-8 entre as unidades. Ainda assim, a disponibilidade contempla apenas 29-47% dos medicamentos recomendados com destaque para ESFC rural que tem mais itens. Uma droga importante presente nessa unidade e ausente em todas as outras é a furosemida. Segundo o Caderno da AB 28 Volume 2 (CABV2), até a devida remoção do paciente com edema agudo de pulmão, a equipe deve garantir acesso venoso e iniciar prontamente furosemida EV (Brasil, 2013c), o que é impraticável nas unidades ESFC periféricas apesar das equipes relatarem sucessivas solicitações.

Entretanto, o arsenal terapêutico preconizado na literatura para atendimento de U/E na AB propõe algumas drogas, tais como dopamina, dobutamina, noradrenalina entre outras, que apesar de ausentes em todas UBS estudadas, precisam ter sua indicação mais bem discutida.

Sobre as Intercorrências Neurológicas e de Saúde Mental, chama atenção a ESFC rural que possui 57% dos fármacos elencados (segunda categoria com mais medicamentos). Não existem drogas nas UBS urbanas para abordagem, por exemplo, de surto psicótico ao contrário da ESFC rural em que há o haloperidol ampola. Além disso, nessa unidade há medicação para intervenção imediata, por exemplo, na crise convulsiva epiléptica de difícil remissão, quando está indicado o uso de fenitoína EV e remoção do paciente (Brasil 2013c), o que, entretanto, necessita da avaliação médica, profissional de presença eventual nesse serviço.

Sobre as Intercorrências Endocrinológicas chama atenção que apenas a ESFC rural possui glicose para uso EV para abordagem de hipoglicemia e a inexistência de insulina numa ESFC urbana, o que impede a atuação em casos de hiperglicemia oligoassintomáticas ou assintomáticas (Brasil 2013c).

Os equipamentos e insumos preconizados foram categorizados de acordo o principal uso na AB, embora vários itens possuam usos diversos. A disponibilidade segundo tipo de serviço é exposta na Tabela 2.

Observa-se que a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) estava 100% completa na ESFC rural, enquanto nas ESFC periféricas e CS/

ESFC era de 73% e 83% respectivamente. Vale assinalar que a aplicação do checklist se deu antes da pandemia por Covid-19 ter se expandido no interior paulista.

Tabela 2. Equipamentos e insumos por tipo de unidade básica, segundo avaliação de município do centro oeste paulista, 2020.

| | Número de itens recomendados | ESFC periféricas ¹ | CS/ESFC | ESFC rural |
|---|------------------------------|-------------------------------|----------------|----------------|
| Apoio a procedimentos diversos e insumos (Aglulhas descartáveis de diversos tamanhos; Algodão; Bolsa coletora de urina; Braçadeira; Equipos variados; Fita para glicosímetro; Garrote; Jelco; Kit para punção venosa; Pilhas de vários tamanhos ou baterias elétricas; Seringas com agulhas acopladas; Seringas descartáveis de diversos tamanhos; Scalp; Sonda nasogástrica; Sonda vesical; Suporte para soro). | 16 | 12 | 14 | 13 |
| Apoio diagnóstico (Detector fetal - sonar obstétrico; ECG; Esfigmomanômetro - adulto, obeso, infantil; Estetoscópio adulto e infantil; Glicosímetro; Lanterna clínica; Otoscópio; Oxímetro de pulso; Termômetro clínico) | 12 | 9 | 7 | 10 |
| Curativos, suturas, pequenas procedimentos cirúrgicos (Atadura; Cabo de bisturi; Compressa; Esparadrapo; Fios de sutura; Fita micropore; Gaze estéril; Gaze não estéril; Kit para pequenas suturas; Lamina para bisturi; Pinças variadas; Porta-agulhas; Tesoura). | 13 | 9 | 9 | 12 |
| EPI (Avental; Gorro; Luvas estéril; Luvas procedimento; Mascara; Óculos) | 6 | 4 | 5 | 6 |
| Segurança e conforto do paciente e equipe (Biombo; Coletor para materiais perfuro-cortantes; Escada de 2 degraus; Maca com grades removíveis e rodas; Porta-dispensor de sabão líquido abastecido; Porta-rolô de papel toalha abastecido; Recipientes duros para descarte de material perfuro-cortante) | 7 | 5 | 4 | 5 |
| Suporte imediato de vida (Ambu - adulto, infantil, neonatal; Aspirador portátil ou fixo; Compressas; Desfibrilador; Cânulas orofaríngeas adulto e infantil; Fio guia para intubação; Laringoscópio 3 tamanhos; Sonda de aspiração traqueal; Material para imobilização colar cervical; Material para imobilização talas; Material para imobilização pranchas). | 13 | 2 | 3 | 7 |
| Suporte respiratório (Aparelho de nebulização; Cateter de oxigênio nasal; Máscara de oxigênio; Máscara para nebulização; Oxigênio portátil; Oxigênio fixo) | 7 | 4 | 4 | 7 |
| Total (n - %) | 74(100%) | 45(61%) | 46(62%) | 60(81%) |

1. Padrão médio encontrado em cinco unidades de Estratégia de Saúde da Família e Comunidade (ESFC)

Abreviaturas: Amp: apresentação em ampola; CP: apresentação em comprimido; SO: solução oral. ESFC periférica: Estratégia de Saúde da Família e Comunidade urbana periférica. / CS/ESFC: Centro de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e Comunidade. / ESFC rural: Estratégia de Saúde da Família e Comunidade em distrito rural. / No texto UBS urbanas: ESFC periférica + CS/ESFC. / UBS: todas unidades básicas municipais (urbanas e rural).

Fonte: Elaboração própria.

A categoria Apoio a Procedimentos Diversos reúne os itens utilizados nas urgências mais usuais nas unidades e estão entre os itens mais completos no conjunto dos serviços. Um destaque é a ausência de fio e kit para pequenas suturas que só existe na ESFC rural, entretanto são recomendados na literatura (Brasil, 2011c).

Os itens para Apoio Diagnóstico, muito utilizados nas U/E, estão contemplados em 71,7%, 58% e 83% nas ESFC periféricas, no CS/ESFC e na ESFC rural, respectivamente.

Ganha destaque a precariedade do CS/ESFC nesse quesito, apesar de ser a unidade com maior disponibilidade de RH. No período estudado, três unidades, entre elas o CS/ESFC e 2 ESFC periféricas, não tinham oxímetro de pulso. Outro item de destaque é a disponibilidade de eletrocardiograma, só encontrado na ESFC rural.

Para ações de Suporte Imediato de Vida, a ESFC rural também apresenta mais equipamentos e insumos que as demais, sendo a única com desfibrilador. A situação das UBS urbanas é de escassez de itens indispensáveis na abordagem de uma parada cardiorrespiratória (PCR). Não há disponibilidade de Ambú em 3 ESFC periféricas a apenas uma delas possui laringoscópio, mas como faltam cânulas com fio guia em todas UBS, torna-se inviável a realização de uma intubação oro-traqueal.

Embora a PCR não seja frequente nas dependências das UBS, o vínculo com a ESFC e sua inserção nas comunidades como primeira referência para diferentes demandas, além de eventuais intercorrências mais graves durante o atendimento, têm proporcionado a ocorrência de situações de risco iminente de vida em serviços de AB (Herminda et al, 2016).

Considerações finais

Os resultados apresentados serão discutidos com os gestores municipais para que medidas de melhoria da qualidade do atendimento às U/E na AB sejam implementadas e o trabalho em rede seja aperfeiçoado. Foram observadas muitas lacunas em relação aos equipamentos, insumos e medicamentos e em relação à composição e ao preparo das equipes de profissionais de saúde das ESFC; lacunas que precisam ser superadas para que situações de U/E recebem a assistência com segurança e qualidade.

Por outro lado, é importante apontar os limites do presente trabalho. A relação elaborada de equipamentos, insumos e medicamentos procurou contemplar o conjunto de itens apontados na literatura e representa uma proposição preliminar de um padrão para avaliação da estrutura necessária para atenção às U/E na AB, enquanto serviço que integra a RAUE. Alguns dos itens arrolados contemplam situações menos frequentes na AB e mais adequadas ao atendimento hospitalar. Nesse sentido, os padrões utilizados devem ser revistos por novos estudos que possam validar uma linha de base adequada à realidade nacional e adaptável a diferentes contextos, respeitado o compromisso em

responder com qualidade e resolubilidade às diferentes necessidades de saúde. Além disso, os resultados espelham a avaliação das UBS de um município, com as limitações próprias ao estudo exploratório de um caso e de uma temática pouco estudada em nosso país, mas é plausível acreditar que os serviços de AB de outros lugares encontrem dificuldades semelhantes.

Entretanto, os resultados encontrados reforçam a necessidade de aprimoramento e reorganização dos serviços de AB, incluindo o primeiro atendimento a condições de U/E, entre a ampla e complexa gama de necessidades de saúde a que as unidades devem responder.

Referências

- Brasil. (2017a). Portaria n. 2.436, de 21 de set de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Brasil. (2011a). Portaria n. 1.600, de 7 de jul. de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
- Brasil. (2003). Política nacional de atenção às urgências. (3ª. ed.) Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf.
- Herminda, P. M. V., Nascimento E. R. P. do, Belaver, G. M., Danczuk, R. de F. T., Alves, D. L. F., Jung, W. (2016, abr) Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a Atenção Básica na Rede de Urgência. *Rev enferm UFPE*, 10(4):1170.
- Brasil. (2013a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica 28. Acolhimento à demanda espontânea (Vol. 1). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
- Brasil. (2013b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.
- Brasil. (2013c). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica 28. Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção Básica. (Vol. 2). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2012). Resolução nº 423, de 9 de abr. de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Recuperado de http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.
- Brasil (2017b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf.
- Ikuta, Y. M. (2012). Princípios da Prática da Emergência Pré-hospitalar. In Gusso, G. & Lopes, J. M. C. (Org.) Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Vol. 2, Chap. 229, pp. 1999-2003). Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2016). Resolução nº 2.153/2016 de 18 de set. de 2016. Dispõe sobre a nova redação do manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil e faz outras alterações. Recuperado de: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2153>.
- Lopes, H. R. (Ed.). (2018) Manual de Assistência às Emergências na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Editora dos Editores.
- Melo, M. do C. B. de, & Silva, N. L. C. da. (2011). Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>.
- Oliveira, A. E. F. de, Araujo, F. L. M. de, & Garcia, A. P. T. (Org.). (2018). Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde. São Luís: EDUFMA.
- Pacheco, M. A. B. (Org.). (2015). Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência – RUE. São Luís: UNASUS/UFMA.
- Oliveira, T. A. de, & Mesquita, G. V. de. (2013, abr. maio. jun). Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. *R. Interd.* v.6, (2), 128-136.
- Brasil. (2011b). Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde. (3ª. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Mendes, J. D. V., Cruz, R. M. F., & Portas, S. L. C. (Org.). (2015). Plano Estadual de Saúde – PES 2016-2019. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Jama* 260(12), 1145-1150.
- Farias, D. C., Celino S. D. de M., Peixoto J. B. de S., Barbosa M. L., & Costa G. M. C. (2015). Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. educ. med.* vol.39(1), 79-87.
- Brasil. (2011c). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica 30. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caderno-de-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-n30-procedimentos.pdf>.



SOBRE OS AUTORES

Adriana Lemos. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: adrianalemos@unirio.br

Aiarlen dos Santos Meneses. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: aiarlenmeneses@hotmail.com

Alice Maria Correia Pequeno. Docente da Escola de Saúde Pública do Ceará e dos Mestrados Profissionais Ensino na Saúde (CMEPES) e Saúde da Família (RENASF)-UECE. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: alicepequeno@gmail.com

Ana Clara Fonseca Santos. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFSB). Médica de Família da Prefeitura Municipal de Camaçari. Supervisora acadêmica do Programa Mais Médicos pelo Brasil do Ministério da Saúde. Camaçari, BA, Brasil.
E-mail: anaelara.fonseca@gmail.com

Andréa Felizardo Ahmad. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: andreafelizardo.enfermeira@gmail.com

Andréia Aparecida de Miranda Ramos. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFJF). Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva/UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil.
E-mail: andrea.ramos@ufjf.br

Antonio de Padua Pithon Cyrino. Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UNESP). Mestre e Doutor em Medicina Preventiva (FMUSP). Pós-doutorado em Antropologia Social. Professor Associado do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Botucatu, SP, Brasil.
E-mail: a.cyrino@unesp.br

Antonio José Costa Cardoso. Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFSB). Professor Adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Jorge Amado. Itabuna, BA, Brasil.
E-mail: antoniojccardoso@gmail.com

Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ). Médico de Família e Comunidade. Professor da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Supervisor do Programa de Residência em MFC. Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, PE, Brasil.
E-mail: ari.cardona@gmail.com

Beatriz Rodrigues Silva Selles. Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFF). Médica de Família e Comunidade. Niterói, RJ, Brasil.
E-mail: biaselles@gmail.com

Carla Pacheco Teixeira. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutoranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Assistente Social, Sanitarista. Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Executiva Nacional do PROFSAÚDE. Experiência na gestão da Atenção Primária; Gestão e docência em cursos de graduação e pós-graduação na saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: carla.teixeira@fiocruz.br

Cláudia Regina Ribeiro. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFF) e do PPGENF/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Niterói, RJ, Brasil.
E-mail: 13cribeiro@gmail.com

Cleusa Wanderley de Queiroz Andrade. Estudante de Graduação do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e integrante da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFAC). Petrolina, PE, Brasil.
E-mail: cleusawqandrade@gmail.com

Denise Silva da Silveira. Mestre e doutora em Epidemiologia pela UFPel. Médica. Experiência na área de Medicina (atenção e ensino), Saúde Coletiva (atenção e ensino) e Avaliação de Serviços de Saúde (pesquisa). Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.
E-mail: denisilveira6965@gmail.com

Eduardo Bianck Menezes. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFPEL). Médico. Especialista em Medicina de Família e Comunidade, preceptor de Residência Médica no SUS. Preceptor do internato médico do curso de Graduação em Medicina da Universidade da Região de Joinville. Prefeitura Municipal de Joinville. Joinville, SC, Brasil.
E-mail: edumenez@gmail.com

Elen Rose Lodeiro Castanheira. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UNESP). Professora Associada do Departamento de Saúde Pública da FMB/UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, SP, Brasil.
E-mail: e.castanheira@unesp.br

Fabiana Albino Braga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: fabiana_albino2014@hotmail.com

Fábio Ferreira Amorim. Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ESCS). Médico Pneumologista. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: ffamorim@gmail.com

Fábio Mauro Ricciulli. Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UNESP). Médico de família. Prefeitura Municipal de Agudos. Agudos, SP, Brasil.
E-mail: fmr2005@bol.com.br

Fabrcia de Oliveira e Silva. Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ESCS). Médica de Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC da Estratégia de Saúde da Família I. Atua na promoção e prevenção dos usuários do SUS. Cabeceiras, GO, Brasil.
E-mail: fabriciass@yahoo.com.br

Fernando Vinholes Siqueira. Mestre em Epidemiologia (UFPel). Doutor em Educação Física (UFSC). Fisioterapeuta. Educador Físico. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.
E-mail: fcvsiqueira@uol.com.br

Helena Fernandes Ferraz. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UERJ). Médica de Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: helena.ferraz@yahoo.com

Jadilson Wagner Silva do Carmo. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFJF). Médico com Pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade/UFMG. Coordenador do curso de Medicina da Univertix-Matipó. Manhuaçu, MG, Brasil.
E-mail: mfcfacig@gmail.com

Jane Mary de Medeiros Guimarães. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFSB). Professora do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Jorge Amado. Itabuna, BA, Brasil.

E-mail: janemg@gmail.com

Jéssica Tais Barreto Jorge. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Paulo Freire. Teixeira de Freitas, BA, Brasil.

E-mail: jessicataisbarreto@gmail.com

João Zallio Coelho. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFSB). Médico de Saúde da Família. Teixeira de Freitas, BA, Brasil.

E-mail: doutorjoaozallio@gmail.com

Kátia Rejane de Medeiros. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ-PE). Doutora em Saúde Pública. Docente e Pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz. Recife, PE, Brasil.

E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br

Katia Silveira da Silva. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ-RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: katiasilveira35@gmail.com

Larissa Maria Moreira. Estudante de Graduação no curso de Medicina. Universidade da Região de Joinville. Joinville, SC, Brasil.

E-mail: lari.veterinaria@gmail.com

Lívia Sissi Gonçalves Souza Piechnik. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFPR). Médica. Especialista em Saúde Coletiva (UP). Professora no curso de Medicina da FPP, PUCPR, UP. Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Lorena Aguiar do Carmo. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Paulo Freire. Teixeira de Freitas, BA, Brasil.

E-mail: lorenaaguiar@outlook.com

Luciôla Maria Rodrigues de Vasconcelos. Mestre e Doutora Clínica Odontológica. Cirurgiã-dentista. Professora do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão. MA, Brasil.

E-mail: luciolavasconcelos@hotmail.com

Marcelo José de Souza e Silva. Mestre em Educação pela UFPR. Doutor em Medicina Preventiva (USP). Farmacêutico (UFPR). Professor Adjunto A do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Marcio Florentino Pereira. Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFSB). Professor do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Campus Sosígenes Costa. Porto Seguro, BA, Brasil.

E-mail: marcio.florentinop@gmail.com

Maria Cristina Rodrigues Guilam. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Acadêmica Nacional do PROFSAÚDE. Médica (UERJ). Experiência na área de educação e gestão da Pós-graduação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: cristina.guilam@fiocruz.br

Maria de Fátima Antero Sousa Machado. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ-CE) e da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ-CE). Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ensino na Saúde. Eusébio, CE, Brasil.

E-mail: fatimaantero@uol.com.br

Maria do Carmo Lacerda Barbosa. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFMA). Possui experiência em pesquisa na área de educação e formação médica, estudos de comunidades de afrodescendentes e em doenças crônicas. MA, Brasil.
E-mail: carminha13032009@gmail.com

Maria do Rosário da Silva Ramos Costa. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFMA). Tem experiência na área de Medicina, atuando principalmente nos seguintes temas: qualidade de vida, programa de educação em saúde, Covid-19. MA, Brasil.
E-mail: rrcosta29@hotmail.com

Maria Inez Padula Anderson. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Médica de Família e Comunidade. Professora Associada do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária Faculdade de Ciências Médicas. UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: inezpadula@yahoo.com.br

Maria Rosilene Cândido Moreira. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/ Nucleadora URCA). Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, Saúde do trabalhador e Processos formativos em saúde. Professora adjunta da Universidade Federal do Cariri. Barbalha, CE, Brasil.
E-mail: rosilene.moreira@ufca.edu.br

Marta Quintanilha Gomes. Doutora em educação. Pedagoga. Professora adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: martaqg@ufcspa.edu.br

Nádia Placideli Ramos. Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu. Gerontóloga, pesquisas focadas na atenção à pessoa idosa em serviços de atenção primária. Lençóis Paulista, SP, Brasil.
E-mail: nadiaplacideli@hotmail.com

Nayra Rodrigues de Vasconcelos Calixto. Cirurgiã-dentista. Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Estácio São Luís. Foi teleconsultora do Núcleo de Telessaúde do HUUFMA. Orientadora de TCC pela Universidade Aberta do SUS. MA, Brasil.
E-mail: nayra.vasconcelos@ufma.br

Patty Fidelis de Almeida. Pós-Doutora, Doutora e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFF). Niterói, RJ, Brasil.
E-mail: pattyfidelis@id.uff.br

Rafaela Yasmine de Sousa Ferreira. Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ-CE). Preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará e do Internato em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Ceará. Supervisora do Programa Mais Médicos pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE). CE, Brasil.
E-mail: rafaelaysferreira@gmail.com

Renata Elisa Brambilla. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ UNESP). Médica de família em unidade de saúde da família. Araras, SP, Brasil.
E-mail: renata.e.brambilla@gmail.com

Rocio Elizabeth Chavez Alvarez. Professora Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFSB). Enfermeira pediátrica. Participante da Rede Cegonha Municipal e Regional de Porto Seguro. BA, Brasil.
E-mail: chioliz2014@gmail.com

Sharmêniade Araújo Soares Nuto. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ-CE) e da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ-CE). Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-CE). Eusébio, CE, Brasil.
E-mail: shanuto@gmail.com

Thais Campolina Cohen Azoury. Médica da Estratégia Saúde da Família. Referência local de controle da sífilis no território de Saúde de Consolação. Prefeitura Municipal de Vitória. Vitória, ES, Brasil.
E-mail: littlecohen@hotmail.com

Vanira Matos Pessoa. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ-CE) e da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ-CE). Pesquisadora na área de Saúde Pública, Saúde da Família, Ecologia de saberes e Saúde das populações do campo, da floresta e das águas. CE, Brasil.
E-mail: vanira.pessoa@fiocruz.br

Victor Rodrigues de Vasconcelos. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFMA). Médico clínico e nefrologista. Trabalhou no Programa Saúde da Família no município de Itapecuru Mirim (MA). MA, Brasil.
E-mail: vrvvasco@gmail.com

Vinícius Mariano Aguiar. Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE/ESCS). Médico do Trabalho e Médico de Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC da Estratégia de Saúde da Família II. Atua na promoção e prevenção dos usuários do SUS e dos trabalhadores da zona rural, do PRONAF, construção do PCMSO, laudos técnicos da saúde do trabalhador. Cabeceiras, GO, Brasil.
E-mail: viniciuswtw@yahoo.com.br

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Cadernos da Saúde Coletiva
Vivências em Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Clássicos da Saúde Coletiva
Saúde & Amazônia
Arte Popular, Cultura e Poesia
Branco Vivo
Saúde em imagens
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Série Vivências em Educação na Saúde
Pensamento Negro Descolonial
Educação Popular & Saúde
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE
www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-33-5



DISQUE
SAÚDE
136



Ministério da Saúde
PROCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

