

ISSN: 2446-4813

Revista Saúde em Redes

v.2, n.2, 2016

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

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 Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano 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 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 da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Coral Michelin Basso

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Copyright © 2016 by Associação Brasileira da Rede UNIDA

Revista Saúde em Redes

ISSN: 2446-4813

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2>

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

EDITORIAL.....121

Sistemas de Saúde – EUA

O SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS: MITOS E REALIDADES (PARTE II)

Celia Iriart.....125

Artigo Original

PERFIL DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E SENSORIAIS NA ÁREA ADSTRITA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA

Raquel de França Ferreira, Cláudia Maria Messias, Vagner Wilian Batista e Sá.....141

CONHECIMENTO DOS IDOSOS SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO

Anny Beatriz Costa Antony de Andrade, Alaidistânia Aparecida Ferreira, Maria José Gomes de Aguiar.....157

FATORES ASSOCIADOS AO NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS DE MULHERES TABAGISTAS

Amanda Pereira Ferreira, Juliana Rombaldi Bernardi, Charles Francisco Ferreira, Aline Braido Pereira, Diego Almeida dos Santos, Karen Ferreira dos Santos, Lívia Willborn Pereira, Mariana Wainer, Pâmela Kremer Ferreira, Vera Lúcia Bosa, Clécio Homrich da Silva, Marcelo Zubaran Goldani.....167

INCIDÊNCIA DE TRAUMA MAMILAR NO PUERPÉRIO IMEDIATO

Fernanda Gomes Amaro, Michele Jeremias Simão, Nicole de Oliveira Bernardes.....179

ENSINO PRESENCIAL E A DISTANCIA PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: UM ENSAIO CLÍNICO

Adriane das Neves Silva, Benedito Carlos Cordeiro.....189

VIOLÊNCIA DE GÊNERO: ENFRENTAMENTO SOB A PERSPECTIVA DOS MECANISMOS NECESSÁRIOS À SUPERAÇÃO DE VULNERABILIDADES

Raiane Fidelis Baêta, João Beccon de Almeida Neto.....201

Artigo de Revisão

DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Camila Vieira Soares de Oliveira, Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus.....211

OS PONTOS DE AGLUTINAÇÃO ENTRE A PSICOLOGIA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Fernando Augusto Gomes Sobreira, Elenita Sureke Abilio, Camila Cristina Lescano Ortiz.....227

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p121-123>

PONTEAR IDEIAS, FORMANDO RIZOMA¹



Fonte: Site Casa da Mãe Joana. <http://casadamaejoanna.com/2016/03/06/o-que-voce-esta-realmente-falando-quando-diz-apoiar-igualdade-de-genero-mas-nao-o-feminismo/>

Completando dez anos desde sua publicação, a Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, procurou combater a violência fomentada pela discriminação de gênero, nomeadamente no âmbito doméstico, marcado ainda pelo patriarcado. Passado uma década, ainda convivemos numa sociedade onde a violência de gênero é destaque negativo em nossos noticiários: ainda somos um dos países onde a mulher sofre mais violência justamente pela simples razão de ser mulher. Indiscutivelmente a Lei Maria da Penha surge em um contexto importante, sendo uma legislação oriunda e formada a partir dos interesses dos movimentos sociais e não de sob o manto populista do legislativo. A norma inova em nosso ordenamento ao trazer mecanismos de proteção à vítima, mesmo antes de formalizada a Ação Penal, algo que até então não era possível.

Apesar disso, inolvidável que esse movimento não seja suficiente. A violência não deixa de ser um reflexo dos nossos valores culturais. Nesse sentido, importante o próprio exercício de avaliação daquilo que nos é dado como referência. Não raramente vamos observar formas de manutenção de preconceitos escamoteados em discursos tradicionalistas. Recentemente (em 2014) tivemos no Rio Grande do Sul um local incendiado para evitar a formalização da união civil de duas mulheres em nome do que se chamou atendado as tradições gaúchas. Representantes de movimentos tradicionalistas não defendiam o ato incendiário, mas criticavam

¹ Tema do Encontro Regional Sul da Rede UNIDA, que aconteceu de 1 a 03/10, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. (Cf.: <http://www.redeunida.org.br/congresso2016/regionais/sul/apresentacao>)

o ato da juíza que determinou o local do casamento. Mas que valores são estes, que estariam sendo fragilizados pela determinação legal? Seriam os mesmos que defendem como única vestimenta típica da mulher a prenda? Os mesmos que outrora defendiam a impossibilidade da “prenda” de recusar um convite para dançar, o chamado “carão”? Obviamente que a literatura e a música regional rio-grandense nos remete a outras ilustrações de atos misóginos representativos do que seria cultural. Não é nosso objetivo condenar determinado costume, muito pelo contrário, mas repensa sobre o quanto reproduzimos discursos pelo simples ato inflexivo da reprodução de algo como se fosse pronto e lapidado. No último Encontro Regional Sul da Rede UNIDA, realizado em Porto Alegre/RS em outubro de 2015, debatemos o tema da alteridade no contexto de fronteira e cultura, comentando quanto ignoramos a própria origem do “gaúcho” como fronteiro, acostumado com o diferente, falante de mais de um idioma, convivendo com a mestiçagem. O evento colocou em cenas diferentes temas, envolvendo atenção e cuidado em saúde de forma transdisciplinar, como estava presente no próprio tema do Congresso Internacional da Rede UNIDA “diferença sim, desigualdade não”, realizado este ano em março na cidade de Campo Grande/MS.

E neste mesmo cenário que apresentamos o segundo número do segundo volume da Revista Saúde em Redes, que traz não só uma diversidade de temas que propõem o debate, mas com o protagonismo de diferentes vozes representes de variadas partes do Brasil. E com sentimento de continuidade encerramos com o resgate de texto distribuído a quase um ano atrás aos participantes do evento de Porto Alegre/RS, que propõem o exercício crítico-reflexivo na construção de nossos valores.

“Orelhano de marca e sinal
Fulano de tal, de charlas campeiras
Mesclando fronteiras, retrata na estampa
Rigores do pampa e serenas maneiras

Orelhano, brasileiros, argentinos
Castelhanos, campesinos, gaúchos de nascimento
São tranças de um mesmo tento, sustentando um ideal
Sem sentir a marca quente, nem o peso do buçal”

O quebra-cabeça é símbolo de complexidade e aprendizado. Por ele objetivamos formar um cenário, uma imagem, unindo, juntando ou reunindo peças. O que antes não tinha sentido, é colocado em relevo como se surgisse numa ordem aparente. Um processo que necessita calma e paciência. O importante é que não há uma ordem para se colocar as peças, cada um pode começar de uma forma. Porém, isso não significa que essa revelação resulte somente em imagens existentes. Podemos reinventar, criar uma nova imagem a partir das peças que temos: basta darmos novos recortes e pronto! Uma nova imagem se forma! Assim, nem sempre a imagem formada é única, mas certamente único é o processo de construção dessa imagem. Da mesma forma a peça! Ela é única em cada quebra-cabeça, sem ela perdemos um pouco da completude ou compreensão do seu cenário.

Assim como uma peça é para um quebra-cabeça, a sua participação e compartilhamento nesse Encontro da Rede UNIDA, foi impar e sem ele, jamais poderíamos criar ou formar um ambiente de debates e trocas como os proporcionados nestes dias de outubro deste ano.

“Orelhano, vem lutar no meu costado

Num pampa sem aramado, soprado pelo minuano

Repontar a liberdade, que acenava tão faceira

Nas cores de uma bandeira levantada no passado”

(trechos da música “Orelhano”, de Mário Eleu Silva)

Fonte: Associação Brasileira da Rede UNIDA – Encontro Regional Sul – de 1ª a 3 de outubro de 2015. Porto Alegre/RS.

Não é somente com a publicação de ideias que montamos um cenário melhor, pois é com o imaginário de cada um sobre as mesmas que nos possibilitam juntar o maior número de peças desse imenso quebra-cabeça que é nossa contemporaneidade.

João Beccon de Almeida Neto
Janaina Matheus Collar
Editores-Executivos

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p125-139>

O SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS: MITOS E REALIDADES (PARTE II)

El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades (Parte II)

The United States health care system: myths and realities (Part II)

Celia Iriart

Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP), Professora Associada, Universidade de Novo Mejico - USA - *College of Population Health*, Programa de Saúde Pública.

E-mail: ciriart@salud.unm.edu

Resumen

Objetivos: Analizar el sistema de salud de los Estados Unidos (EUA) considerando la compleja red que oculta el concepto de sistema basado en la ideología del libre mercado, el financiamiento administrado sustancialmente por compañías de seguro y administradoras de medicamentos, y la provisión por proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) y estatales altamente comercializados. La importancia de desarrollar este análisis radica en lo poco que se conoce en otros países cómo funciona este sistema y en la admiración que produce en el imaginario colectivo, en especial, cuando grupos de interés lo muestran como la solución para supuestos déficits fiscales del sector salud y la ampliación de la oferta de alta complejidad y medicamentos de última generación en países con sistemas basados en acceso universal y provisión pública (total o parcial). **Métodos:** Analítico-interpretativos de datos secundarios. **Fuente de datos:** Mayoritariamente fuentes gubernamentales o artículos basados en ellas. **Resultados:** En esta segunda parte se analizan los gastos y resultados de salud en comparación con otros países, en qué se gasta, quién paga y quién administra (y lucrea con) los múltiples seguros privados y gubernamentales, y la prestación de servicios. **Conclusiones:** Es imperioso entender las consecuencias que tiene para usuarios y trabajadores que el sector salud este administrado

por grupos financieros y proveedores de servicios y productos (medicamentos, equipamientos, dispositivos e insumos) altamente concentrados, cuyo objetivo central es el lucro. Debemos entender los mecanismos que utilizan en cada país para penetrar el sector salud, extraer ganancias de los aportes colectivos y moverse a otros sectores de la economía u otros países cuando consideran el negocio agotado.

Palabras - claves: Estados Unidos; Sistema de Salud; Complejo médico-industrial-financiero; Concentración Económica.

Resumo

Objetivos: Analisar o sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) considerando a complexa rede que oculta o conceito de um sistema baseado na ideologia do livre mercado, no financiamento administrado substancialmente por companhias de seguro e administradoras de medicamentos, e na provisão de serviços pelos privados (lucrativos e não lucrativos) e estatais altamente comercializados. A importância no desenvolvimento desta análise é radicada no pouco conhecimento que se tem, nos outros países, de como funciona este sistema e na admiração que é produzida, no imaginário coletivo, em especial em quanto grupos economicamente interessados o apresentam como uma solução, em países com sistemas baseados no acesso universal e oferta pública de serviços (total ou parcial), do suposto “déficit fiscal” do setor saúde, e a possibilidade de ampliação de acesso às tecnologias de alta complexidade e aos medicamentos de última geração. Métodos: Analítico-interpretativos de dados secundários. Fonte de dados: Majoritariamente fontes governamentais ou artigos baseados

nelas. Resultados: Nesta segunda parte analisam-se os gastos e resultados em saúde comparando com outros países, em que se gasta, quem paga, quem administra (e lucra com) os diversos seguros privados e governamentais, e a prestação de serviços. Conclusões: É preciso compreender o impacto para os usuários e trabalhadores que o setor saúde esteja administrado por grupos financeiros, provedores de serviços e produtos (medicamentos, equipamientos, dispositivos e insumos) altamente concentrados, cuja finalidade é o lucro. Temos que compreender os mecanismos que usam em cada país para penetrar o setor saúde, extrair rentabilidade dos aportes coletivos, e mover-se para outros setores da economia o para outros países, enquanto pensam que o negócio esgotou-se.

Palavras - chave: Estados Unidos; Sistema de Saúde; Complejo médico-industrial-financiero, Concentração Econômica.

Abstract

Objectives: Analyze the US health care system considering the complex network that is hidden under the concept of a system based on the ideology of free market, on the financial management by insurance companies and by those that manage medical drug benefits, and on the provision of services by private (for-profit and not-for-profit) and highly commercialized governmental services. The importance of developing this analysis resides on the lack of knowledge in other countries in regards to how the system works and the fascination created in the collective vision by interest groups. These groups show this type of system as a solution to reduce supposed fiscal deficits and expand access to high technology

and the most advanced medical drugs in countries with systems based on universal access and public provision of services (total or partial). Methods: Analytical-interpretative, based on secondary data. Data sources: Mostly governmental sources and articles based on them. Results: In this second part, the analysis focuses on health expenditures and outcomes in comparison with other countries, the most important expenditures, and who are those managing (and taking profit of) the various private and governmental insurances, and health care provision. Conclusions: It is imperative to understand the consequences for the health care users and workers that the sector is managed by financial groups and for-profit health care providers and companies that produce goods (medicines, equipment, devices and supplies) highly concentrated. We must understand the mechanisms that these economic groups use in each country to entering the health care sector, extract profit from the collective contributions, and move to other economic areas or countries when they believe that the business is over.

Keywords: United States; Health Care System; Medical-industrial-financial complex; Economic Concentration.

El Sistema de Salud de los Estados Unidos: Mitos y Realidades (Parte II)

Este artículo es la continuación del publicado en el número anterior de Saúde em Redes. En el primer artículo el objetivo fue contextualizar el sistema de salud de los EUA, analizando aspectos demográficos, socio-culturales, laborales y económicos, y el impacto de la reforma aprobada en el 2010 en relación a la cobertura financiera para acceder a la atención médica. Estos datos permiten poner en evidencia las implicancias

que la ausencia de derechos y un sistema de salud comercializado y sustentado en la ideología del libre mercado y el lucro, como fuentes de supuesta eficiencia, producen en la vida de las personas. En esta segunda parte analizaré los gastos y resultados de salud en comparación con otros países, en qué se gasta, quién paga y quién administra (y lucra con) los múltiples seguros privados y gubernamentales, y la prestación de servicios.

Gasto en salud y resultados sanitarios: análisis comparativo entre los EUA y países de altos ingresos

En el artículo anterior vimos que el gasto total en salud en los EUA en el 2014, fue de 3 billones de dólares anuales, que representan el 17.5% del PIB y U\$S 9.523 por persona.¹ Para tener una idea de la magnitud de este gasto, vamos a ponerlo en relación al gasto de otros países de alto ingresos y a los resultados de salud. Todos los estudios consultados y que analizan distintos años muestran sistemáticamente que los EUA gastan mucho más que los demás países, para obtener peores resultados de salud.²⁻⁶

El último estudio del que tenemos referencia sobre este tema fue publicado en octubre de 2015 y compara a los EUA con 12 países de altos ingresos (Australia, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Japón, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza y Reino Unido); voy a usar mayoritariamente los datos allí publicados para los análisis que presento en esta sección por ser los más recientes.⁶ Cabe aclarar también que la información que usan los autores de este informe data de 2013, siendo previos a la entrada en vigencia de las mayores provisiones de la reforma de salud de los EUA aprobada en 2010. Sin embargo, como vimos, los datos más recientes del gasto en salud de los EUA (2014), luego de

la implementación de las más importantes provisiones de esa ley, muestran que éste ha continuado creciendo. Este aumento es una consecuencia lógica de la reforma, ya que más personas debieron comprar seguro médico (obligados por el mandato individual) y más personas accedieron a diversos seguros estatales, tal el caso de Medicaid, lo cual a su vez, supone mayor utilización de servicios. Además esta expansión del gasto no fue compensada con políticas de regulación de precios, modalidades de contratación de los servicios, o control de incorporación de nuevas tecnologías o tratamientos. Algunos de estos cambios en las modalidades de pagos y contrataciones se están implementando, especialmente en relación a las contrataciones de Medicare, pero van a paso mucho más lento que las regulaciones que obligan a la población a tener cobertura de seguros médicos.

Según datos de 2013, los EUA gastaban 17.1% del PIB en salud, lo que significó un 50% más que el país que se ubicó segundo, Francia, con un gasto del 11,6% del PIB y, aproximadamente, el doble de lo que gastó el Reino Unido (8,8% del PIB).⁶ En relación al gasto per cápita, ese año los EUA gastaron U\$S 9.086 por persona, mientras que el país que le siguió fue Suiza con un gasto por persona de U\$S 6.325. El Reino Unido que, como veremos, tiene mejores resultados sanitarios, gastó prácticamente una tercera parte de lo que se gastó en los EUA, esto es U\$S 3.364. En relación a la fuente de financiamiento, los EUA se destacó por ser el país con el más bajo porcentaje de financiamiento público en relación al gasto per cápita (46%), mientras que Holanda tuvo el porcentaje más alto de financiamiento público en relación a ese indicador (88%). Francia que fue el segundo país con mayor gasto per cápita de los 13 comparados, financió con fuentes públicas el 74% del gasto per cápita. Cinco de los 10 países restantes estuvieron arriba del 80% de financiamiento público del gasto por persona.

Si comparamos el gasto de bolsillo por persona en relación al gasto total per cápita, los EUA se ubica segundo con U\$S 1.074 en valores absolutos, lo que representa el 12% de su gasto total per cápita, el primero es Suiza con U\$S 1.630 de gasto de bolsillo per cápita (26%); Francia sólo tiene un gasto de bolsillo del 6% del gasto per cápita. En relación al gasto administrado por fuentes privadas, los EUA sobrepasa largamente al resto de los países, con U\$S 3.442 del gasto per cápita administrado privadamente (38% del gasto total por persona), muy lejos del segundo que es Canadá con sólo el 14% administrado por empresas privadas. Aquí es interesante destacar que en Japón el manejo del gasto en salud por fuentes privadas representa sólo el 3% del gasto total per cápita, en Francia y Dinamarca el 2%, en Suecia el 1%, y en Noruega menos de esa cifra (0.4%). En el resto de los países comparados por este estudio, en cuatro, el gasto administrado por fuentes privadas representa el 7% y en el resto esta participación se ubica entre el 10 y el 14%, es decir muy por debajo de los EUA.⁶

El elevado gasto en salud en los EUA, sumado a que está administrado en altos porcentajes por el sector privado, debería redundar en mejores coberturas y resultados sanitarios, al menos, si fuera cierto el lema neoliberal de que el mercado es mejor regulador de precios y el sector privado un administrador más eficiente. Pero en la primera parte de este artículo ya vimos que el sistema de salud de los EUA no tiene cobertura universal, tanto financiera como de acceso a los servicios, y esto aún después de la implementación de la ley aprobada en el 2010, cosas que sí pasa en los países con los que el estudio analizado hizo la comparación de gastos. Es decir, en los EUA se gasta muchísimo más para dar cobertura a sólo parte de la población y con peores resultados sanitarios.

Efectivamente, al analizar los indicadores de salud que se presentan en la comparación entre los 13 países

considerados, las estadísticas nuevamente no son favorables al modelo sanitario estadounidense.⁶ Lo que se observa es que para el año 2013, la expectativa de vida en los EUA era de 78.8 años, mostrando una importante diferencia con la mediana del conjunto comparado, que fue de 81.2 años (Japón 83.4 años, pero todos los otros superaron los 80 años). La mortalidad infantil en los EUA fue ese año, también la más alta en esa misma comparación, 6.1 por mil nacidos vivos, mientras que la mediana fue de 3.5 por mil nacidos vivos (Japón presentó la más baja con 2.1 por mil nacidos vivos). El porcentaje de personas mayores de 65 años en los EUA con dos o más enfermedades crónicas (presión alta, enfermedad cardíaca, problemas pulmonares, problemas de salud mental, cáncer y artritis o dolor articular crónico) fue en el 2014 de 68%, lejos del segundo país que es Canadá con 56% y mucho más que Gran Bretaña que registró 33%. Los EUA se ubicaron favorablemente en un tercer lugar al comparar la mortalidad por cáncer 164 por 100.000, después de Japón (160 por 100.000) y Suiza (163 por 100.000). Pero presentó la tasa más alta de cardiopatía isquémica con 128 defunciones por 100.000, comparadas con una mediana de 95 por 100.000. Estos son sólo algunos de los indicadores de salud que comparan negativamente con el resto de los países de altos ingresos, pero que también son desfavorables, en términos relativos al gasto y a veces en términos absolutos también, si lo comparamos con países latinoamericanos.⁷

Ahora bien, hay otro indicador que es interesante analizar, este es el gasto en servicios de sociales. Quienes nos formamos en salud colectiva sabemos bien que los resultados de salud no se deben solo al acceso a prestaciones y coberturas médicas, y los EUA es un fiel ejemplo de esto. Este país gasta mucho menos en servicios y programas sociales (pensiones por discapacidad, jubilaciones, programas de empleo, programas habitacionales, entre otros) que en salud, aproximadamente

la mitad (9% del PIB). A lo cual hay que sumar lo que analicé en el artículo anterior relacionado con la ausencia o extrema limitación de numerosos derechos laborales y ciudadanos. Los otros países de altos ingresos usados en la comparación gastaron todos en el 2013, mucho más en programas sociales, destacándose Francia y Suecia con el 21% de su PIB, Suiza el 20%, y Alemania el 18%, es decir, la relación exactamente inversa; mientras los EUA gasta 17% de su PBI en salud, los países que lo superan largamente en resultados sanitarios gastan más de eso en cobertura social.⁶

Los sectores económicamente más postergados son, indudablemente, los más afectados en términos de los resultados de salud, pero no son los únicos al comparar con otros países. Como indica un informe de la Academia Nacional de Ciencias de los EUA, los pobres resultados sanitarios en los EUA no pueden explicarse sólo por las desigualdades raciales y económicas, ya que algunos estudios recientes han demostrado que aún los grupos socialmente más aventajados presentan peores indicadores de salud que sus contrapartes en otros países de ingreso alto.⁴ Este estudio compara a los EUA con 16 países (Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Japón, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Holanda, Gran Bretaña) y analiza tendencias históricas (1990-2008). En todo el período analizado los indicadores de salud muestran consistentemente una mortalidad más alta y condiciones de salud peores en los EUA. Los resultados negativos en los EUA en relación a los otros países que el informe destaca son: mortalidad infantil, accidentes y homicidios, embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual en ese grupo poblacional, VIH y SIDA, mortalidad relacionada con consumo de drogas, obesidad y diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica y enfermedades incapacitantes como artritis severa. Un estudio que compara los EUA con Inglaterra muestra también

esta situación de manera muy clara en un detallado análisis de los datos de encuestas nacionales que recolectan datos clínicos/biológicos e información auto-reportada.⁸ Este estudio incluso muestra que los indicadores sanitarios son mejores en Inglaterra, a pesar de que muchos de los considerados factores de riesgo, como consumo de alcohol y cigarrillos, son mas altos.

Composición del gasto en salud: encontrando las grandes diferencias

¿Por qué los EUA gasta tanto en salud con tan pobres resultados? Muchos son los motivos, y los iré desglosando a lo largo de este artículo. Para comenzar presentaré unos pocos datos del gasto y utilización de ciertos procedimientos de alta complejidad. Aquellos lectores interesados en esta temática específica pueden profundizar consultando los documentos referidos y muchos más de fácil acceso. Según el informe más reciente que compara con otros 12 países, en los EUA es muy alta la utilización de tecnología de alta complejidad, tales como tomografías (TEP and TC) y resonancias magnéticas.⁶ Por ejemplo, en el 2013 la cantidad de resonancias magnéticas por 1000 habitantes fue 107 en los EUA, mientras que la mediana de los países comparados fue 51. A su vez, los precios de estos procedimientos en los EUA son mucho más altos que en los países usados en la comparación, por ejemplo, una resonancia magnética en el 2013, costaba en promedio U\$S 1.200 en los EUA, mientras que en Suiza costaba U\$S 138; una tomografía axial computada de abdomen costaba en promedio U\$S 896 en los EUA, mientras que en Suiza costaba U\$S 432, sólo para comparar con el mismo país, ya que en los otros países comparados los precios fueron aún menores. Una cirugía de bypass

costaba U\$S 75.345 en promedio en los EUA mientras que en Suiza costaba U\$S 36.509.⁶ En los EUA hay que hablar de promedios, ya que éstos encubren enormes diferencias según regiones y cobertura financiera, tanto en precios de los procedimientos como en cantidad de servicios prestados.^{9,10}

Otro análisis muestra que entre el 2000 y 2010, el 84% del aumento de los gastos en salud en los EUA, se debió al aumento de precios de los medicamentos, dispositivos de uso médico, y servicios profesionales y hospitalarios, no por una mayor utilización o por envejecimiento de la población.² Este mismo estudio indica que el 67% de los gastos están ligados a enfermedades crónicas en menores de 65 años. Los costos de atención de estas enfermedades crecieron 6% por año. En estudios previos mostramos como las pujas distributivas entre el capital financiero operando en salud y el complejo médico-industrial llevaron a las farmacéuticas y productores de equipamientos y dispositivos médicos a cambiar sus modalidades de negocios. Para esto, entre otras cosas, presionaron por el cambio en las definiciones de riesgos y condiciones médicas con la finalidad de aumentar el mercado de potenciales usuarios de medicamentos y otros productos. La industria se concentró, particularmente, en la ampliación del mercado relacionado con condiciones crónicas y sufrimiento psico-social.^{11,12}

En los EUA el consumo de medicamentos también es muy alto, entre el 2009 y 2012 casi el 50% de la población estadounidense consumió al menos un medicamento prescrito en los últimos 30 días, el 22% consumió tres o más, y casi 11% consumió cinco o más medicamentos prescritos en los últimos 30 días.¹³ Esto indudablemente, significa que la población sufre más efectos adversos y secundarios, que muchas veces implican nuevas intervenciones del sistema de salud, nuevas prescripciones, y consecuentemente

mayores gastos y mayor sufrimiento. Comparando el gasto en medicamentos también es mucho mayor que en otros países, en el 2014 en los EUA se gastaban U\$S 1.010 por persona, cuando el promedio del gasto en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que este país integra era de U\$S 540.¹⁴ Los precios de los medicamentos también son mucho más altos en los EUA que en el resto de los países de la OCDE.¹⁵

Mayor utilización y precios más altos, explica parte del problema de las diferencias de gasto en salud en los EUA en relación a otros países, pero mucho más se puede entender si analizamos las transformaciones del sector salud en este país, su crecimiento en relación a otros sectores de la economía, su composición y concentración, especialmente, en el mercado de seguros privados con la masiva entrada del capital financiero a partir de los noventas.¹⁶ Esto no solo ha afectado el gasto, sino la composición del mercado laboral, la práctica médica, el modelo médico que define el proceso salud-padecimiento-atención, los resultados sanitarios y quién se apropia de los excedentes económicos.

Pujas distributivas y su impacto en la vida de trabajadores de salud y usuarios

Efectivamente, un elemento central para entender las causas del enorme gasto y los pobres resultados es la organización y propiedad de los servicios de salud y de las compañías de seguros médicos y farmacéuticos. Entre el 2000 y el 2010, salud fue el sector de la economía que más creció en los EUA (2.9% por año) y también el que mostró la más rápida concentración.¹⁷ El crecimiento se inicia en los noventas con la masiva penetración de las subsidiarias de las administradoras de

fondos de pensión e inversión y compañías aseguradoras, para administrar los seguros de salud otorgados por empleadores privados y gubernamentales, así como con la creación de administradoras de planes de coberturas de medicamentos (pharmacy benefit managers o PBMs por su sigla en inglés).¹² En la década del 2000 se empieza a concentrar la administración del gasto en salud entre las más grandes de estas compañías, de tal manera que en la actualidad unas pocas administran la mitad o más de sus respectivos mercados. Esta consolidación del mercado les ha dado una ventaja competitiva enorme para negociar precios y determinar el tipo de prestaciones y medicamentos cubiertos.

Voy a empezar analizando las PBMs que son modalidades de hacer negocios en el sector salud menos difundidas, por ahora, en otros países. Estas empresas administran los planes que cubren la prescripción de medicamentos de 266 millones de personas en los EUA. Según datos del 2015, menos de 30 de estas compañías existían en los EUA y sólo tres concentraban el 78% de este mercado, cubriendo a 180 millones de personas.^{18,19} Las tres más grandes que, incluso cotizan en el mercado accionario, son: Express Scripts, CVS Health y UnitedHealth Care Group que compró (OptumRx y Catamaran), mientras que la más grande de las que no operan en la bolsa es Prime Therapeutics, cuya propiedad está en manos de un grupo de compañías de seguro médico que operan bajo los planes de salud de Blue Cross Blue Shield en diversos estados. Algunas de estas empresas fueron formadas con este propósito y fueron absorbiendo otras previamente creadas por laboratorios farmacéuticos o compañías de seguros de salud como es el caso de Express Scripts, mientras que otras fueron formadas como subsidiarias de cadenas de farmacias como es el caso de CVS, o de empresas que venden seguros de salud como Blue Cross Blue Shield y otras.

Las PBMs, de acuerdo a datos de la Comisión Federal de Comercio de los USA (US Federal Trade Commission por su nombre en inglés, similar a un ministerio de comercio) manejaban en 2014, el 95% de los medicamentos prescritos en los USA. Cabe destacar que el gasto en medicamentos en los EUA para ese año era de 400 mil millones de dólares.²⁰ Según datos de ese mismo año, a nivel nacional el mercado estaba en manos de dos grandes PBMs, Express Scripts (29%) and CVS Health (24%), le seguían OptumRx (13%), que en 2015 fue comprada por UnitedHealth Care Group, el resto estaba por debajo del 10%. Estas administradoras de coberturas de medicamentos negocian descuentos preferenciales con los laboratorios farmacéuticos para poner sus productos en los formularios terapéuticos. Esto afecta la decisión de prescripción de los médicos, ya que, dados los elevados costos de los medicamentos en los EUA, los asegurados demandan que le sean prescritos aquellos cubiertos por sus seguros. Las PBMs también presionan a las farmacias (en general grandes cadenas) a ofrecer en exclusividad los productos que ellos cubren, pero cada vez más, presionan a los usuarios a manejar las prescripciones de la manera que es más rentable para ellas, esto es comprando online a las farmacias que son manejadas por estas administradoras. De esta manera están generando una gran presión hacia la concentración del mercado minorista de farmacias, presionando para sacar de la competencia no sólo a las pequeñas farmacias, sino también a las grandes cadenas minoristas.¹⁹ Según datos de la asociación que nuclea a las PBMs, las administradoras de medicamentos han cortado los gastos en medicamentos prescritos en 35%.²¹ De ser esta información correcta, lo único que podemos inferir es que estas administradoras capturaron las ganancias que esto generó para sí, porque los gastos en medicamentos prescritos subieron aproximadamente 5% en 2014 y se espera que sigan esta tendencia alcista por

varios años. Efectivamente, según un informe del gobierno, si bien han sido puestas en el mercado nuevas y costosas especialidades y la cantidad de medicamentos prescritos ha crecido o cambiado hacia marcas o especialidades más costosas, el aumento de los gastos se explica en gran parte por el aumento de los precios.²²

El otro grupo de administradoras que se concentró enormemente es el de las aseguradoras que ofrecen y administran planes de cobertura médica, más conocidas en nuestro medio como gerenciadoras (managed care organizations o MCOs, por sus siglas en inglés). Al margen de que en el portal de la asociación nacional que las nuclea (AHIP – American Health Insurance Plans), se indique que el mercado de seguros está compuesto por 216 empresas, la realidad es que el mercado está concentrado en cinco compañías. Los datos más recientes con que se cuenta son del 2014 e indicaban que el 83% de los 173 millones de personas menores de 65 años, que tenían seguro individual o vía empleadores en los EUA, estaban asegurados con pólizas de seguro de sólo cinco empresas: Blue Cross Blue Shield, que en la actualidad es una compañía con fines lucrativos, y concentraba ese año el 37% del total de ese mercado si se combinan las que operan en cada estado de manera autónoma pero respondiendo a la misma asociación; Anthem que detentaba el 15% (en algunos estados ofrece coberturas con Blue Cross Blue Shield y se encuentra en tratativas de comprar Cigna); United Healthcare Group que tenía el 13%; Aetna con el 11% (en proceso de comprar Humana) y Cigna con el 6%.^{23,24}

Encuanto a los programas estatales más importantes, Medicare y Medicaid, también podemos ver que las MCOs aumentaron la participación en su administración, ya que en el 2014, 74,2% de los beneficiarios de Medicaid tenían sus servicios administrados por una MCO, siendo que en el 2003 eran el 59%; en el caso de Medicare, en el 2014,

el 28% de los beneficiarios estaban bajo planes de MCOs, un importante crecimiento desde el 2004 cuando sólo eran el 11%. Las administradoras listadas en estos programas son numerosas y es difícil determinar cuáles son subsidiarias de alguna de las cinco mencionadas, pero en este caso, lo que es importante destacar es el crecimiento de la participación en la administración de fondos públicos de las aseguradoras comerciales.^{25,26}

Otro estudio indica que según datos del 2010, en 45 estados una o dos grandes aseguradoras controlaban el 50% del mercado de seguros médicos, y en 18 de esos estados controlan el 75%.² Algunos datos históricos nos permiten ver cómo han avanzado estos grupos lucrativos en la cooptación de la administración de planes de salud. En 1980, las compañías no lucrativas eran el 81%, mientras que en 1998 sólo quedaron 12% y muchas, luego de esta fecha, han sido transformadas en empresas de lucro. Las no lucrativas tienen exenciones impositivas, pero también limitaciones para competir en el mercado, por lo que, la penetración de las empresas lucrativas ofertando seguros de salud y administrando seguros ofrecidos por terceros o programas estatales, llevó rápidamente a una reconversión de las no lucrativas. Otros datos que muestran las transformaciones en la oferta de planes indican que, en el 2014, el 80% de todos los seguros médicos ofrecidos por empleadores estaban manejados por una MCO y que se pasó del 4% de los asegurados adheridos a un plan con altos deducibles (lo que debe pagar el asegurado antes de que el seguro lo empiece a cubrir) en el 2006 al 20% en el 2014. Esto se debió al gran crecimiento en los costos de las primas que lleva a los empleadores a cambiar la oferta de planes o a los empleados a tener que optar por seguros con primas más bajas, los cuales al cubrir porcentajes menores del gasto son más lucrativos para las aseguradoras que los ofrecen.

Estos datos tienen una gran relevancia en cuanto al crecimiento de costos ya que el porcentaje en llamados gastos de administración de estas empresas es, en promedio, del 31% e implica un gran desperdicio de dinero de los contribuyentes, trabajadores y empresarios en procesos de facturación, marketing, corrupción y ganancias para los tenedores de acciones y ejecutivos de las empresas.²⁷ Para comparar podemos indicar que el gasto administrativo en que incurre Medicare por los beneficiarios que siguen usando la administración gubernamental es del 3%. Esta diferencia porcentual enorme se explica en parte por las gigantescas ganancias que las MCOs obtienen administrando seguro médico de empleadores privados y gubernamentales, y programas estatales. Las ganancias de las MCOs han aumentado enormemente desde la puesta en vigencia de la ley del 2010 que obligó a empresas e individuos a tener cobertura financiera de salud vía aseguradoras privadas. Como muestra Hellander, UnitedHealth Care Group obtuvo el record de 5.6 mil millones de dólares de ganancia en el 2014, como producto en parte de la disminución del porcentaje de gastos en servicios de salud en relación a los gastos administrativos del 81,5% en el 2013 al 80,9% en el 2014, aumento de un millón de nuevos afiliados a Medicaid y expansión de la oferta al mercado de seguros ofrecido vía la ley conocida como Obamacare.²⁸ El resto de las grandes aseguradoras, Anthem, Aetna y Humana obtuvieron también ganancias mayores en el 2014 en relación al año anterior de más de 2 mil millones de dólares cada una y todas disminuyeron el porcentaje de gastos en servicios. Es decir que semejante a lo analizado para las PBMs, las MCOs han usado su poder de compra y su expansión administrando cada vez más segmentos del sector de asegurados, para aumentar sus beneficios, no para disminuir costos, o aumentar la oferta de servicios o la calidad.

Otro aspecto importante a considerar está relacionado con las organizaciones que prestan servicios clínicos y quirúrgicos, ya sean privadas o estatales. Cabe aclarar que estas últimas están altamente comercializadas, lo que significa que operan bajo la misma lógica que los privados, esto es, aceptando predominantemente pacientes con coberturas financieras o pago de bolsillo, compitiendo por los usuarios con los prestadores privados, haciendo publicidad para captar pacientes, y con áreas de administración que incluyen mucho personal dedicado a facturación y cobro.

Desde el 2000 se observa un crecimiento y cierta concentración entre los prestadores de servicios, aunque esto último fue menor que entre las compañías de seguro porque por ley están más limitados que éstas para fusionarse y concentrarse. El número de establecimientos creció, pasando de casi 760.000 en el 2000 a más de 900.000 en el 2011. Los crecimientos más acelerados se produjeron en las áreas más lucrativas, como las clínicas de primer y segundo nivel, con un crecimiento del 82%; clínicas de emergencias (8%); centros quirúrgicos ambulatorios (7%); servicios domiciliarios (5%) y establecimientos de diagnóstico por imágenes (3%). Los hospitales generales de agudos disminuyeron en más de 700 entre el 2000 y el 2011, mientras que los de especialidades, sobre todo los de ortopedia y traumatología y de enfermedades cardiovasculares casi se duplicaron.²⁹

En la actualidad el 60% de los hospitales son parte de un sistema de salud que integra, por ejemplo, un hospital académico o universitario con hospitales más pequeños, clínicas de primer nivel, consultorios médicos, y establecimientos de rehabilitación, entre otros. Esto aplica al sector estatal y al privado, e incluso a forma mixtas privado-estatal. Entre el 2007 y el 2012, 432 hospitales se fusionaron y 835 más estaban en proceso de consolidación. A manera de ejemplo, la cadena comercial

de hospitales Prime Healthcare Services, compró en el 2014, 11 hospitales llegando de esta forma a poseer 44 hospitales.²⁸ Cerca del 50% del mercado hospitalario en los EUA esta altamente concentrado y otro tercio esta moderadamente concentrado, siendo mínimo el número de mercados no concentrados. Esta falta de competitividad se agrava más por el hecho de que pocas empresas concentran la propiedad de los grandes hospitales pasando de un mercado con un promedio de cinco hospitales a uno dominado por tres firmas (éstas pueden ser diferentes en las diferentes regiones, no significa que tres compañías son dueñas de todos los hospitales en el país). Los sistemas integrados reducen costos entre el 10 y el 20%, sin embargo esto no se ve trasladado a lo que cobran a los seguros, ya que la mayor integración claramente no ha redundando en baja de estos gastos en el sistema estadounidense. Estudios que analizan el impacto de la concentración de las compañías de seguro y de los prestadores hospitalarios en el valor de las primas, muestran que el mayor nivel de concentración beneficia económicamente a unos u otros, dependiendo cual sector sea el más concentrado.³⁰ Sin embargo, esta capacidad de negociar precios, prácticamente nunca beneficia a los usuarios o empleadores con primas, copagos, coseguros y deducibles más bajos.³¹ En Nuevo México, por ejemplo, tres grandes sistemas de provisión de servicios se reparten los contratos con los seguros y obligan a los usuarios, al elegir el plan cada año, a estar cautivos de uno de ellos. Sin embargo, los pagos por primas han subido constantemente y los seguros lo justifican en el aumento de los gastos por servicios. De estos tres grandes sistemas, uno tiene como institución principal el hospital de la Universidad de Nuevo México, otro un hospital sin fines de lucro y otro uno con fines de lucro.

Para completar este cuadro de concentraciones de tipo horizontal que perjudica a trabajadores, usuarios y contratantes de seguros y servicios, el otro fenómeno que se observa de manera creciente es la integración vertical, esto es proyectos comerciales entre compañías de seguro y grandes hospitales cabeceras de sistemas de salud. Por ejemplo en el área de Los Ángeles se creó un *joint venture* entre Anthem, Anthem Blue Cross y siete hospitales, llamado Vivity.²⁸ Este sistema contrata más de 6.000 médicos y 14 hospitales. En Wisconsin, seis sistemas de salud que contratan 5.600 médicos, representa 44 hospitales y ofrecen servicios al 90% de la población de este estado, se asociaron a Anthem Blue Cross de ese estado para ofrecer planes a través de los portales denominados *Health Exchange*, creados por la ley del 2010. Los ejemplos se suceden en varios estados e involucran a miles de trabajadores que pasan a formar parte de corporaciones hospitalarias o de asociaciones comerciales de estos con compañías de seguro.

Muchas más empresas que administran, proveen servicios y lucran con la salud de las personas que viven en los EUA podrían sumarse al análisis de cómo operan y de su grado de concentración, tal el caso de las corporaciones que administran y prestan servicios de diálisis, las que manejan laboratorios de análisis clínicos y cada vez más comunes los que hacen estudios genéticos, las clínicas de reproducción asistida, los servicios de enfermería en el hogar (home care), los centros de internación de personas mayores y las centros de internación para rehabilitación física, mental o por consumo de drogas, entre muchos otros. Un reciente artículo periodístico llamó mi atención y a pesar de que, ya pocas cosas me sorprenden al leer sobre la voracidad capitalista, debo confesar que éste lo logró.³² En muchas

ciudades de los EUA al llamar al número de emergencia (911), quienes responden tanto para servicios de ambulancia como para emergencias en caso de incendios y otros siniestros son subsidiarias de empresas administradoras de fondos de pensión y de inversión. Efectivamente, estas empresas del capital financiero, destinados a acumular beneficios para sus inversores han encontrado también un nicho para hacer negocios comerciando con situaciones de extrema vulnerabilidad de la gente y como en tantas otras experiencias su administración ha dado como resultado muertes, y desolación al ver viviendas convertidas en cenizas antes que la respuesta llegue. Estas corporaciones están empleado, en el área de respuestas a las emergencias, un mecanismo de obtener ganancias simple y eficaz para ellas, esto es cortar gastos disminuyendo el número o no reparando adecuadamente los vehículos, no proveyendo medicamentos y equipos necesarios para responder a las emergencias, cortando salarios, aumentando los precios y haciendo juicios si los usuarios no pagan, y presionando a legisladores en las ciudades para conseguir los contratos. Esto fue el resultado de la crisis del 2008, por la cual muchas ciudades vieron disminuidos sus presupuestos y otras entraron en bancarrota (como Detroit), recortando servicios que entregaron al sector privado, con el afán de disminuir el déficit fiscal a toda costa. Si bien por ahora el experimento es limitado ya que de las 1.100 grandes compañías de ambulancias que operan en los EUA, sólo 12 fueron compradas por este tipo de compañías, analizar lo que estas experiencias están significando es importante para crear legislación que se oponga a estos negocios.

Lecciones a tener en cuenta

Todos estos mecanismos de reconfiguración del sector salud se inician en la década de 1980, cuando los principales compradores de servicios se desplazan de los individuos a los programas gubernamentales (Medicare, Medicaid, y los programas federales de cobertura médica para sus empleados y jubilados) y los seguros vía los empleadores privados.³¹ Los pagos directos de los individuos por servicios médicos y medicamentos disminuyeron un 83% desde 1970 a 2010, creciendo la participación de los programas gubernamentales y aseguradoras comerciales que pagan más del 90% de los gastos hospitalarios y prestaciones médicas, y el 80% del gasto en medicamentos y residencias para personas mayores. Los seguros privados crecieron su participación en el pago a médicos y servicios clínicos (de 29.4% a 46.4%) y en el pago de medicamentos (de 8.8% a 45.2%), lo cual muestra que participan más en la administración de seguros provistos por empleadores y el estado, ya que el mercado de seguros individuales privados casi no ha crecido su participación (4% en 1990, 6% en 2000 y 5% en 2011). Un dato nos permite entender la magnitud que tiene el capital administrando fondos de pensión, inversión y seguros en los EUA; estos grupos pasaron de administrar 1 billón de dólares en 2008 a 4.3 billones de dólares en la actualidad. Esta cifra es más que el PIB de Alemania.³² Es claro que este crecimiento requiere de más áreas de la economía estadounidense y de más países donde seguir acrecentando el capital.

Indudablemente estas nuevas formas de propiedad y administración de los servicios y de dar cobertura financiera afectan a los trabajadores de salud. En relación a la práctica profesional, se observa que en el 2000, el 53% de los médicos tenían consultorios individuales no vinculados a

hospitales, mientras que en el 2012 sólo el 23% mantuvo esta forma de práctica. Los hospitales y grupos financieros cada vez más son los dueños de los consultorios médicos que están fuera de los establecimientos asistenciales grandes y donde estos profesionales trabajan bajo contrato o salario. También se observa un crecimiento de las llamadas prácticas independientes, que son grupos de profesionales, en general de especialidades, que operan dentro de un edificio hospitalario pero que son quienes proveen el equipamiento, personal y todos los gastos de funcionamiento, y son los únicos responsables legales en caso de juicios. Básicamente son grupos que alquilan el espacio a las administradoras hospitalarias.³¹

Los cambios también se notaron en el tipo de profesional que aumentó su participación. Se pasó de un modelo centrado en médicos y enfermeras como sus auxiliares, a uno donde se contrata a enfermeras con mayor capacitación clínica y otros profesionales intermedios (existe una categoría profesional que se forma en dos años "physician assistants") que pueden tratar pacientes de manera autónoma o con escasa supervisión de los médicos. Esto por supuesto implica el pago de menores honorarios, aunque el aumento de estos profesionales tratando pacientes en los EUA no ha mostrado un impacto en los gastos de salud, habría que ver si ha tenido impacto en la calidad.

Los datos que he analizado a lo largo de estos dos artículos, son sólo una pincelada de un sistema intrincado, fragmentado, con enorme multiplicidad de categorías de beneficiarios y coberturas, y con miles de planes casi imposibles de navegar y de entender a la hora de necesitar optar por alguno. Este sistema considerado por el sentido común colectivo, dentro y fuera de los EUA, como un sistema de salud centralmente financiado por privados, esconde algo fundamental, esto

es que la fuente de financiamiento de estas billonarias cifras destinadas a salud son del público. Esto es, son fondos que administran el estado y los privados, pero cuyo origen está en un 64% de los impuestos, altamente regresivos, que se usan para financiar Medicare, Medicaid, otros programas federales y estatales de salud, las coberturas de salud de los empleados estatales y los subsidios a los empleadores y empleados cuyos descuentos para salud están exentos del pago de impuestos; esto representa el 11% del PIB.³³ A este dato hay que agregarle todavía, el gasto de los individuos y familias, la inversión estatal en hospitales y otros servicios de diagnóstico y tratamiento, universidades donde se forman profesionales y técnicos, y se hace investigación, las agencias regulatorias y las que financian investigación con sus

cientos de miles de empleados, entre otras muchas áreas relacionadas con salud que se financian con fondos públicos y cuyos frutos son, cada vez más, apropiados por lo que hemos denominado complejo médico-industrial-financiero.¹²

Esto es semejante en los demás países; son los colectivos sociales quienes financian la salud (como otros sectores sociales), pero estos recursos están siendo, cada vez más, apropiados por sectores del capital concentrado. Los más afectados de esta apropiación de recursos son los usuarios y los trabajadores de salud que ven deterioradas sus condiciones de vida y trabajo. Revertir estos procesos requiere reconocer como se manifiestan en cada país y apostar a la creación de colectivos de trabajadores y usuarios en defensa de la VIDA individual y colectiva.

References

- Centers for Medicare and Medicaid Services. National Health Expenditures 2014 Highlights. 2014 [June 2016]; Disponible en: <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/downloads/highlights.pdf>. Accesado en: Oct 2015.
- Moses H, Matheson DHM, Dorsey ER, George BP, Sadoff D, Yoshimura S. The Anatomy of Health Care in the United States. *Jama-J Am Med Assoc* 2013; 310(18):1947-63.
- Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Japan, Iceland, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. The Commonwealth Fund; November 2012; Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2012/nov/international-profiles-of-health-care-systems-2012>. Accesado en: Abr 2016.
- National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health. Woolf S, Aron L, editors. Washington DC: The National Academies Press; 2013.
- Lorenzoni L, Belloni A, Sassi F. Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries. *Lancet* 2014; 384(9937):83-92.
- Squires D, Anderson C. U.S. Health Care from a Global Perspective. The Commonwealth Fund; 2015; Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective>. Accesado en: May 2016.

7. Banco Mundial. Health, Nutrition and Population Data and Statistics. Disponible en: <http://datatopics.worldbank.org/hnp/>. Accesado en: Jun 2016.
8. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA* 2006 May 3;295(17):2037-45.
9. Cooper Z, Craig SV, Gaynor M, Van Reenen J, National Bureau of Economic Research. The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research; 2015. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w21815>. Accesado en: May 2016.
10. Institute of Medicine of the National Academies. Variation in Health Care Spending: Target Decision Making, Not Geography. 2013.
11. Iriart C, Iglesias-Rios L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação* 2012; 16(43).
12. Iriart C, Franco T, Merhy E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health* 2011;7(2).
13. CDC/National Center for Health Statistics. Therapeutic Drug Use. 2015; Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/drug-use-therapeutic.htm>. Accesado en: Jun 2016.
14. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. OCDE. Health Statistics 2014. How does the United States compare? 2014; Disponible en: <http://www.oecd.org/unitedstates/Briefing-Note-UNITED-STATES-2014.pdf>. Accesado en: May 2016.
15. Kanavos P, Ferrario A, Vondoros S, Anderson GF. Higher US branded drug prices and spending compared to other countries may stem partly from quick uptake of new drugs. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(4):753-61.
16. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Atención gerenciada en América Latina: la transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma *Cad Saude Publica* 2000;16(1):95-105.
17. Dafny LS. Evaluating the Impact of Health Insurance Industry Consolidation: Learning from Experience. The Commonwealth Fund 2015; Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/nov/evaluating-insurance-industry-consolidation>. Accesado en: Jun 2016.
18. Feldman BS. Big pharmacies are dismantling the industry that keeps US drugs cost even short-of under control. *Quartz*. Marzo17, 2016.
19. Balto DA. The state of competition in the pharmacy benefits manager and pharmacy Marketplaces. House Judiciary Subcommittee on Regulatory Reform, Commercial, and Antitrust Law. November 17, 2015.
20. Altavena L. The Secret Industry That Meddles With Your Medications. *Ozy*; 2015; Disponible en: <http://www.ozy.com/fast-forward/the-secret-industry-that-meddles-with-your-medications/60182>. Accesado en: Jun 2016.
21. Pharmacy Benefit Management Institute. PBM Market Share by Total Equivalent Prescriptions in 2014. 2014; Disponible en: <https://www.pbmi.com/2015/04/2014-pbm-market-share/>. Accesado en: Jun 2016.

22. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Issue Brief Observations on Trends in Prescription Drug Spending. May 8, 2016. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/pdf-report/observations-trends-prescription-drug-spending>. Accesado en: Jun 2016.
23. Humer C. Cigna says Anthem deal could close in 2017; Anthem sticks to 2016. *Reuter News*, Sección Business, May 6, 2016.
24. The Commonwealth Fund. Evaluating the Impact of Health Insurance Industry Consolidation: Learning from Experience. November 20, 2015. Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/nov/evaluating-insurance-industry-consolidation>. Accesado en: Jun 2016.
25. Medicaid.Gov. Medicaid Managed Care Enrollment Report. 2014 data. Disponible en: <https://www.medicare.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/delivery-systems/managed-care/managed-care-site.html>. Accesado en: Jun 2016.
26. Kaiser Foundation. Newsroom. New Interactive Data Tool Tracks Medicaid Managed Care Market. December 3, 2014. Disponible en: <http://kff.org/medicaid/press-release/new-interactive-data-tool-tracks-medicare-managed-care-market/>. Accesado en: Jun 2016.
27. Birn AE, Hellander I. Market-driven health care mess: the United States. *Cad Saude Publica* 2016; 32(3):e00014816.
28. Hellander I. The U.S. health care crisis five years after passage of the Affordable Care Act: a data snapshot. *Int J Health Serv*. 2015; 45(4):706-728.
29. Cutler D, Morton FS. Hospitals, market share, and consolidation. *JAMA* 2013; 310(18):1964-1970. DOI:10.1001/jama.2013.281675.
30. Trish EE, Herring BJ. How do health insurer market concentration and bargaining power with hospitals affect health insurance premiums? *J Health Econ* 2015;42:104-14.
31. Academy Health. Research Insights. Integration, concentration, competition in the provider marketplace. December 10, 2010. Disponible en: https://www.academyhealth.org/files/publications/AH_R_Integration%20FINAL2.pdf. Accesado en: Jun 2016.
32. Ivory D, Protes B, Bennet K. When you dial 911 a Wall Street answers. *New York Times*, June 25, 2016. Disponible en: <http://nyti.ms/28Xlfir>. Accesado en: Jun 2016.
33. Himmelstein D, Woolhandler S. The current and projected taxpayer shares of US health costs. *Am J Public Health* 2016;106:449-452. DOI:10.2105/AJPH.2015.302997.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p141-155>

PERFIL DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E SENSORIAIS NA ÁREA ADSTRITA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FAMÍLIA^{1, II}

Persons with physical disabilities and sensory impairments in a family health care unit: a user profile study

Raquel de França Ferreira

Acadêmica do curso de fisioterapia e bolsista do Programa de Iniciação Científica da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: raquelf.ferreira@yahoo.com.br

Cláudia Maria Messias

Doutora em enfermagem (UFRJ), professora do curso de enfermagem da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: cmmessias@hotmail.com

Vagner Wilian Batista e Sá

Doutor em ciências (UFRJ), professor da escola de ciências da Saúde e Meio ambiente da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: vagnersa@castelobranco.br

^I Este trabalho foi desenvolvido por meio do Programa de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade Castelo Branco – RJ – PIBIC&T biênio 2014-2015. Fonte de financiamento: FAPERJ (Processo no E-26/190.252/2013)

^{II} Agradecimentos: À Pâmela Santos por ter auxiliado no plano inicial de coleta de dados no território.

Resumo

Introdução: A estratégia de saúde da família é vista como um modelo de reorientação da assistência, entretanto há pouca discussão abordando as pessoas com deficiências no território. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de usuários com deficiências físicas e sensoriais numa unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro. **Métodos:** Dados sociodemográficos e nível de independência funcional (índice de Barthel) foram coletados respectivamente, por meio de prontuário eletrônico e entrevista domiciliar com posterior estatística descritiva e inferencial (correlação de Spearman, $P < .05$) entre as variáveis índice de Barthel e idade, gênero, presença do cuidador e escolaridade. **Resultados:** Setenta e seis pessoas com deficiências foram avaliadas e o perfil da amostra caracterizou-se por: gênero feminino (53,9%), casados (39,5%), idosos (67,1%), brancos (42,1%), aposentados (53,9%), sem trabalho de carteira assinada (94,7%), morando com cuidador (73,7%) e baixa escolaridade declarada (48,7%). O fator causal de deficiências físicas e sensoriais mais prevalente foi o acidente vascular cerebral, correspondendo a 23,8%, seguido da condição de idoso frágil (15,9%) e deficiências visuais (11,8%). O coeficiente de Spearman mostrou apenas fraca correlação positiva entre as variáveis: presença do cuidador e índice de Barthel ($r=0.4452$; $P=0,0001$).

Conclusão: Há provável associação entre as deficiências e o acidente vascular cerebral com destacada prevalência entre as mulheres idosas, desempregadas, baixa escolaridade e dependente de cuidadores, além de fraca correlação entre a presença do cuidador e melhores atividades de vida diária. Políticas de prevenção de doenças cardiovasculares e melhoria do acesso ao usuário deficiente nas unidades básicas de saúde devem ser enfatizadas.

Palavras-chave: Pessoas com deficiências; Mapeamento de território; Serviços de saúde; Perfil do usuário.

Abstract

Introduction: A program centered on Family health has become a model for care from Brazilian people, moreover there are few discussions involving disability persons on territory. Objective: To characterize persons with physical and/or sensorial disabilities registered in roll of a primary health care unit in the city of Rio de Janeiro. Methods: Sociodemographic data and functional independence level (Barthel Index) were collected through electronic medical records and home interviews with subsequent descriptive and inferential statistical analysis (Spearman correlation test; $p < .05$) between Barthel and gender, age, caregivers and education level. Results: Seventy-six people with disabilities were evaluated and the most prevalent profile found in the sample was female (53.9%), married status (39.5%), elderly (67.1%), Caucasians (42.1%), retired (53.9%) without informal work (94.7%) with caregiver (73.7%) and with low education degree (48.7%). The most prevalent cause of disabilities found was stroke (23.8%) followed by the elderly

frail condition (15.9%) and visually impaired (11.8%). The Spearman correlation only was statistically significant ($r=0.4452; P=0.0001$) between Barthel index and caregivers. Conclusion: The main cause of physical and/or sensory disabilities found was the stroke. The prevalent profile observed was older women, without formal labor with low education degree and dependent from caregivers. Policies to prevent cardiovascular diseases and improve access to disabled users should be emphasized.

Keywords: Persons with disabilities; Mapping of territory; Health services; User profile.

Introdução

Recentemente no ano de 2015, foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.¹

O conceito de deficiência vem se modificando para acompanhar as inovações na área da saúde e a forma com que a sociedade se relaciona com a parcela da população que apresenta algum tipo de deficiência. No estatuto, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.¹ Dessa forma, a abordagem da deficiência evoluiu do modelo médico, que considera somente a patologia física e o sintoma associado,

para um sistema de Classificação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende a incapacidade como um resultado tanto da limitação das funções e estruturas do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação.^{2,3}

O Brasil possui população de 200 milhões de brasileiros com cerca de 45,6 milhões (23,9%) de indivíduos apresentando pelo menos uma deficiência permanente segundo o último censo demográfico.⁴ Apesar de o censo demográfico ser a mais complexa operação estatística realizada por um país, este não tipifica ou classifica a pessoa com deficiência encontrada no momento da entrevista em domicílio, apontando apenas dados quanto à existência de deficiência permanente: sensorial (visual e auditiva), motora (física), e, também, mental ou intelectual de acordo com o seu grau de severidade.⁴ A Constituição da República Federativa do Brasil prevê suporte legal para a promoção e proteção das pessoas com deficiência, além de política nacional e setorial para a integração desta população acompanhada de ações afirmativas e equalização dos benefícios.⁵

Visando a saúde da pessoa deficiente, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional da Pessoa com Deficiência, a qual contém as diretrizes para o cuidado desta população. A normativa abrange medidas preventivas, de promoção e reabilitação da saúde. Nela são englobados todos os níveis de assistência à saúde e caracterizadas suas funções. Assim, a porta de entrada do atendimento ao deficiente ocorre do mesmo modo que para os demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pela atenção primária, que deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde do usuário com deficiências, além da possibilidade de atendimento domiciliar.⁶

Concomitantemente a estes fatos, a política nacional de atenção básica⁷ do

SUS, por meio da saúde básica, vem se consolidando em um modelo de assistência integrada com foco na família e no seu território ocupado com aumento da cobertura de estratégia de saúde de família (ESF) no território adstrito da unidade de saúde de família (USF). Estas, realizam o cadastramento de usuários/famílias e identificam os perfis epidemiológicos da área por meio de diagnóstico situacional. No entanto, pesquisa de Souza e Rocha⁸ demonstra que não basta somente a instalação física da unidade básica de saúde. Da mesma forma, Aoki *et al.*⁹, perceberam dificuldade de acesso aos serviços de saúde e reabilitação numa área adstrita de uma unidade de saúde por meio de diagnóstico situacional da condição de vida de pessoas com deficiência. O diagnóstico apoiou a implementação de estratégias de intervenção, como: atendimentos domiciliares, grupos de convivência, atividades para promoção do acesso a direitos e integração às atividades culturais.

Conhecer o perfil dessa população é um dos pressupostos do trabalho territorial em reabilitação e da implementação de políticas públicas. Portanto, investigar os microterritórios adstritos de uma unidade de saúde pode ser uma valiosa ferramenta para o levantamento epidemiológico da região, bem como o mapeamento quantitativo e qualitativo das pessoas com deficiências e dos problemas enfrentados por estes usuários no âmbito do atendimento de uma unidade básica de saúde.

Este trabalho objetivou a quantificação e caracterização do perfil de usuários com deficiências físicas e sensoriais na área adstrita de uma unidade básica de saúde da área programática 5.2 da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Métodos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (Parecer nº 547.258/2014), respeitando as recomendações éticas da Resolução nº 466/12. Todos os participantes envolvidos foram orientados sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O desenho de estudo foi o transversal censitário. A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro e outubro de 2014.

População e Amostra

A população de estudo foi composta por 217 indivíduos de ambos os sexos identificados inicialmente como “pessoa deficiente”, em qualquer faixa etária, na ficha de avaliação padrão coletada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em um território adstrito pertencente à uma Clínica de Família (ESF) da zona oeste do município do Rio de Janeiro. Os critérios de exclusão foram: a não concordância da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e a participação no estudo, a ausência do usuário no horário das visitas domiciliares, diagnóstico único de deficiência ou transtorno mental ou ainda que não responderam às chamadas telefônicas foram retirados do estudo. A amostra final foi então formada por 76 pessoas com deficiências físicas e/ou sensoriais para avaliação de questões sócio-demográficas, e nível de independência funcional (índice de Barthel).

Instrumentos e Procedimentos

Dinâmica do processo

Primeiramente foi realizada entrevista individual com cada um dos 36 ACS, representando 6 equipes de ESF com cobertura de 100% do território adstrito da USF. Cada ficha cadastral da família/usuário foi verificada pelos pesquisadores por meio de prontuário eletrônico em conjunto com o ACS a fim de identificar as pessoas no microterritório com as deficiências físicas e sensoriais. Para a padronização dos conceitos relacionados às deficiências aqui estudadas, optou-se por utilizar os descritores em ciências da saúde (DeCs) por meio do projeto de terminologia da saúde que favorece a recuperação, o acesso, a divulgação e a disseminação do conhecimento e das informações do Ministério da Saúde do Brasil (<http://decs.bvs.br/>). A lista detalhada é apresentada na Tabela 1. Os pesquisadores, então, liam em voz alta o conceito da deficiência e realçavam com exemplos para o ACS. O procedimento se repetia a cada nova ficha verificada e todos os indivíduos identificados foram registrados em planilha Excel® com informações adicionais gerais como nome, idade, gênero, endereço e telefones para contato.

Tabela 1 - Definições de deficiências físicas e sensoriais para padronização de respostas.

(continua)

Deficiência	Conceito
Afasia Acinética	Síndrome caracterizada por um estado inerte e silencioso, sem atividade motora voluntária, apesar das vias e vigilância sensorimotoras estarem conservadas;
Amputado / agenesia MMII	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membros inferiores;
Amputado / agenesia MMSS	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membros superiores;
Artrogrípse	Flexão ou contratura persistente de uma articulação;
Deficiência auditiva	Termo geral para perda completa ou parcial da habilidade de ouvir de uma ou ambas as orelhas;
Deficiência visual	Comprometimentos da visão que limitam uma ou mais funções básicas do olho: acuidade visual, adaptação ao escuro, visão de cores ou periférica;
Deformidade congênita ou adquirida	Malformações de órgãos ou partes do corpo durante o desenvolvimento no útero (congênita) ou adquiridas por meio de acidentes e traumas após o nascimento;
Distrofias e miopatias	Grupo de doenças caracterizadas pela deterioração progressiva da musculatura esquelética com incapacidade de contração muscular voluntária;
Esclerose múltipla	Doença degenerativa crônica neurológica de origem encefálica;
Hemiparesia	Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
Hemiplegia (AVC, TCE)	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
Hidrocefalia	Caracterizada por retenção do líquido céfalo raquidianos ventrículos ou no espaço aracnoideano;
Idoso frágil	Pessoa com mais de 60 anos de idade em condição de fragilidade física, mental e de autonomia, dependentes e debilitados;

Tabela 1 - Definições de deficiências físicas e sensoriais para padronização de respostas.

(continua)

Deficiência	Conceito
Meningocele	Herniação congênita ou raramente adquirida dos tecidos meníngeos e da medula espinhal, devido a defeito ósseo na coluna vertebral. A maioria destes defeitos ocorre na região lombossacral. Entre os sinais clínicos estão paraplegia, perda da sensação na parte inferior do corpo e incontinência. Esta afecção pode estar associada com malformação de arnold-chiari e hidrocefalia;
Mobilidade reduzida (limitação da mobilidade)	Dificuldade para caminhar de um lugar para o outro;
Monoplegia	Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
Nanismo	Deficiência acentuada no crescimento. É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a capacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esclarecemos que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoios adequados às suas características.
Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário);
Paralisia cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;
Paraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
Paraplegia (lesão medular)	Perda total das funções motoras dos membros inferiores;

(conclusão)

Sequelas de hanseníase	Mãos e pés caídos; mãos e pés em garra por acometimento dos nervos periféricos provocados por infecção pelo bacilo de Hansen (<i>Mycobacterium leprae</i>);
Síndrome de Down	Transtorno cromossômico associado com um cromossomo 21 adicional ou com trissomia parcial do cromossomo 21. As manifestações clínicas são hipotonia, baixa estatura, braquicefalia, fissuras oblíquas na pálpebra, epicanto, manchas de Brushfield na íris, língua protrusa, orelhas pequenas, mãos pequenas e largas, clinodactilia do quinto dedo, ruga dos símios e deficiência intelectual moderada a grave;
Síndrome pós poliomielite	Paralisia ou paresia motora do tipo flácida provocada por infecção do vírus da poliomielite;
Tetraplegia (lesão medular)	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
Triparesia	Perda parcial das funções motoras em três membros;
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros;
Outras	Condições outras de deficiências físicas e/ou sensoriais que não se enquadram nas classificadas acima.

Fontes: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS-Biblioteca Virtual em Saúde)

Legendas: MMII: membros inferiores; MMSS: membros superiores; AVC: acidente vascular cerebral; TCE: traumatismo crânio-encefálico;

Após a fase cadastral, os pesquisadores realizaram visita domiciliar por microrregião em conjunto com cada ACS para aplicação dos questionários sócio demográfico e índice de Barthel aplicados individualmente para cada pessoa com deficiência física e/ou sensorial. Os questionários foram respondidos pelo próprio ou em decorrência de impedimentos físicos e/ou mental por seu cuidador. Os casos em que houve interpretação inadequada sobre a classificação das deficiências obtidas na fase inicial, foram corrigidas após visita domiciliar pela avaliação dos pesquisadores e/ou documento e registros médicos comprobatórios.

Questionário Sócio demográfico

Variáveis sociodemográficas incluíram gênero (feminino ou masculino), cor da pele ou raça (amarela, branca, indígena, parda ou negra) idade, endereço, telefones, *e-mail*, nome do cuidador, nível de educação (fundamental incompleto ao superior completo), ocupação

(trabalhando, aposentado, procurando emprego), trabalho informal (sem carteira assinada), quantidade de eletrodomésticos e veículos móveis por residência, estado civil declarado e classificação da (s) deficiência (s) físicas e sensoriais (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos

(continua)

Variável		Total N=76	%
Gênero	Feminino	41	53,9
	Masculino	35	46,1
Idade (anos)	0-10	2	2,6
	11-20	3	3,9
	21-30	1	1,3
	31-40	3	3,9
	41-50	4	5,3
	51-59	12	15,8
	>60	51	67,1
Etnia	Amarela	2	2,6
	Branca	32	42,1
	Indígena	0	0,0
	Negra	11	14,5
	Parda	31	39,9
Possui cuidador?	Sim	56	73,7
	Não	20	26,3
Trabalho formal	Aposentado	41	53,9
	Trabalhando	1	1,3
	Nem trabalhando nem procurando emprego	34	44,7
Trabalho informal (sem carteira assinada)	Sim	4	5,3
	Não	72	94,7

(conclusão)

Escolaridade	Analfabeto	9	11,8
	Fundamental incompleto	37	48,7
	Fundamental completo	6	7,9
	Médio incompleto	4	5,3
	Médio completo	15	19,7
	Superior incompleto	1	1,3
	Superior completo	4	5,3
Estado civil	Casado	30	39,5
	Divorciado	2	2,6
	Solteiro	20	26,3
	Viúvo	24	31,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Índice de Barthel

Para avaliar as funções motoras preservadas nas atividades de vida diária (AVD) foi utilizada a versão brasileira do índice de Barthel.¹⁰ Essa escala apresenta 10 funções, contendo 7 itens de avaliação da autonomia e 3 de mobilidade compreendendo AVD para alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se valores numéricos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência. As perguntas foram direcionadas para os cuidadores nos casos dos indivíduos com dificuldades na comunicação ou incapazes de oferecer respostas confiáveis.

Análise estatística

Os dados coletados na amostra estudada foram tratados com estatística descritiva (frequências e porcentagens) e inferencial com o teste de correlação de Spearman entre variáveis índice de Barthel e idade, gênero, escolaridade e presença de cuidadores, utilizando o software GraphPad Prism 6 (GraphPad Software, Inc., San Diego, USA).

Resultados

O perfil sociodemográfico mais prevalente entre as pessoas com deficiência física foi o gênero feminino (53,9%), o estado civil casado (39,5%), idosos (67,1%), etnia branca (42,1%), aposentados (53,9%), porém sem trabalho informal (94,7%), com cuidador (73,7%) e com escolaridade ensino fundamental incompleto (48,7%). A tabela 2, apresenta em detalhes a análise exploratória dos dados com as variáveis estudadas.

Entre os indivíduos com deficiências físicas e sensoriais, 23,8% apresentavam sequelas devido ao acidente vascular cerebral sendo a condição mais prevalente encontrada neste estudo, seguida da condição de idoso frágil (15,9%) e indivíduos com deficiência visual (11,8%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de deficiências encontradas na amostra estudada.

Deficiência	N	%	Índice de Barthel Média ± DP
Afasia + hemiplegia	2	2,6	49,0 ± 32,5
Amputado/agenesia MMII	5	6,6	94,6 ± 8,4
Deficiente auditivo	7	9,2	74,9 ± 35,4
Deficiente visual	9	11,8	74,8 ± 36,3
Deformidade congênita/ adquirida	3	3,9	92,7 ± 11,0
Distrofias e miopatias	1	1,3	0,0 ± 0,0
Hemiparesia	2	2,6	46,0 ± 12,7
Hemiplegia (AVC, TCE)	18	23,8	58,3 ± 41,2
Idoso frágil	12	15,9	50,8 ± 29,4
Mobilidade reduzida	5	6,6	56,8 ± 32,8
Paralisia cerebral	2	2,6	47,0 ± 24,0
Paraparesia	1	1,3	100,0 ± 0,0
Tetraplegia	1	1,3	18,0 ± 0,0
Outras	8	10,5	55,6 ± 42,4
Total	76	100	58,5 ± 21,9

A média geral do índice de Barthel foi de 58,5 ± DP=21,9 com os menores índices reportados para os indivíduos com tetraplegia (18,0 ± 0,0), paralisia cerebral (47,0 ± 24,0), Hemiparesia (46,0 ± 12,7), distrofias musculares (0,0 ± 0,0) e afasia + hemiplegia (49,0 ± 32,5) (Tabela 3). O coeficiente de Spearman mostrou fraca correlação estatística entre as

variáveis índice de Barthel (IB) e cuidador ($r=0,4452; P=0,0001$). Para os outros pares estudados: IB e idade ($r=-0,1206; P=0,2993$); IB e gênero ($r=-0,1036; P=0,3733$) e IB e escolaridade ($r=0,0247; P=0,8317$) não houve significância estatística.

Discussão

No campo da saúde da pessoa com deficiência, é na relação do sujeito com seu meio sociocultural que se constata a existência de grandes barreiras. Reitera-se a importância do papel da atenção primária no cuidado integral à saúde destas pessoas; no entanto, este ainda constitui um desafio, exigindo reflexão sobre as práticas atuais e sobre as possibilidades de construções futuras.¹¹

Perfil da unidade de saúde da família – Clínica da Família

O programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 e hoje é conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). No município do Rio de Janeiro, desde o ano de 2008, a ESF vem se consolidando por meio de construção física de Clínicas da Família (CF) e contratação de pessoal para atuar nos modelos ESF ou em Centros Municipais de Saúde para atendimento misto com parte da população atendida na ESF e parte da população de forma tradicional ambulatorial.

A Clínica da Família escolhida para este trabalho situa-se no bairro de Campo Grande na zona oeste do município do Rio de Janeiro com população estimada de 18.404 indivíduos representando 3654 famílias cadastradas no território. Do total de indivíduos na área adstrita da CF, as mulheres representam a maioria com 9879 mulheres, 457 crianças com menos de 1 ano

de idade e baixo índice de analfabetismo.

As residências em sua maioria são abastecidas com água potável do centro de distribuição estadual e a coleta de lixo urbano realizada de forma regular. Apenas 0,2% das residências não possuem rede pública de saneamento para detritos de fezes e urina. A CF conta com 6 equipes de ESF, e cada equipe possui 6 agentes comunitários de saúde, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, além de apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipe de Saúde Bucal.

Perfil sociodemográfico e deficiências

O Brasil tem 45,6 milhões de pessoas com deficiência, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dos cerca de 190 milhões de brasileiros, aqueles com pelo menos uma deficiência, seja visual, auditiva, motora ou mental, somam 23,9%.⁴

O perfil sociodemográfico mais prevalente encontrado entre as pessoas com deficiências físicas e sensoriais na área adstrita da CF foi o gênero feminino (53,9%), o estado civil casado (39,5%), idosos (67,1%), etnia branca (42,1%), aposentados (53,9%) sem trabalho informal (94,7%) com cuidador (73,7%) e com escolaridade em nível de ensino fundamental incompleto (48,7%). A maioria de mulheres remete à reflexão sobre a condição feminina e suas menores oportunidades de participação sócia.⁹

Entre os indivíduos com deficiências físicas e sensoriais, 23,8% apresentavam sequelas devido ao acidente vascular cerebral sendo a condição mais prevalente encontrada neste estudo. Como segunda causa, encontrou-se a condição de idoso frágil (15,9%) seguida de indivíduos com deficiência visual (11,8%).

Estes resultados espelham o perfil de mortalidade encontrado na população brasileira, segundo o Sistema de

Informações do Ministério da Saúde que em 2013 apontou como a principal causa de morte e invalidez na população, as doenças cerebrovasculares e os infartos agudos do miocárdio. No entanto o Brasil, nas últimas décadas, vem modificando o perfil dos óbitos por meio de melhoria no acesso a serviços de saneamento diminuindo o número de mortes provocadas por doenças infecciosas e transmissíveis.

Kuvalekar *et al.*¹² encontraram uma maior prevalência (36,2%) nas deficiências físicas congênitas, seguida das paralisias residuais pós poliomielite (26,2%) e deficiências provocadas por AVC (19,2%) dos casos investigados na Índia. Por outro lado, países desenvolvidos, como o caso dos Estados Unidos, embora possuam no topo do *ranking* as mesmas causas de morte do Brasil, os números de casos de doenças cardiovascular, AVC e acidentes com veículos motores vêm demonstrando notável queda desde o ano de 2005, com elevação da frequência associada a doença de Alzheimer e o suicídio.¹³

Estas diferenças de prevalência entre países retratam a especificidade dos problemas enfrentados no sistema de saúde pública de cada país/região, porém com um ponto comum de reflexão referente aos cuidados necessários para prevenção das mortes e consequentes deficiências provocadas pelas doenças cerebrovasculares e acidentais que devem ser encaradas como problema de saúde pública universal deste século.

Outro resultado importante no presente estudo mostrou que 15,9% dos indivíduos foram identificados como “idoso frágil” com moderada dependência para as atividades de vida diária (média de 50,8 no índice de Barthel). Segundo o IBGE⁴, a população brasileira ano após ano vem apresentando aumento da expectativa de vida, cuja estimativa para o ano de 2030 chega a ser de 30 milhões de idosos. Há necessidade de refletir na atualidade em

políticas e programas abrangentes em todas as áreas para prevenção de incapacidades, aumento da qualidade de vida, bem como o desenvolvimento de locais apropriados para acolher a população de idosos em especial os indivíduos classificados com dependência física e/ou sensorial cujos cuidados necessitarão de uma abordagem multidimensional, multifatorial e multidisciplinar.

No entanto, muito ainda há para desenvolver no campo da pesquisa, avaliações físicas e mentais com a finalidade de desenvolver indicadores de fragilidade entre os idosos e para o risco de dependência e mortalidade em populações vulneráveis.^{14,15}

Índice de Barthel

A escolha de um instrumento que pudesse verificar o nível individual e coletivo de independência funcional nas pessoas com deficiências físicas e/ou sensorial pôde contribuir para o entendimento das questões do território da unidade básica de saúde.

Em estudos internacionais, o Índice de Barthel é um dos instrumentos de avaliação de AVD que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes.¹⁶ Nesta investigação, a confiabilidade observada para a escala total foi excelente e os valores obtidos aproximaram-se daqueles observados na validação da escala original em estudos desenvolvidos anteriormente¹⁷, que também analisaram e confirmaram a confiabilidade da escala. No Brasil este instrumento foi validado para a população idosa em 2010 por Minosso *et al.*¹⁰ e os resultados indicaram que a versão em português manteve a confiabilidade da escala original.

Este estudo mostrou um valor médio de (58,5 ± DP=21,9) nos domínios do índice de Barthel com 10,4% dos pacientes

apresentando valores abaixo de 50, que de uma maneira geral indica a necessidade de mais auxílio por parte da família e/ou cuidadores às atividades de vida diária dos usuários. Houve uma fraca correlação entre a presença do cuidador no domicílio e melhores atividades de vida diária alcançadas entre as pessoas com deficiências. Estes achados se aproximam do estudo de Kuvalekar *et al.*¹⁸, que reportaram 11,5% dos indivíduos com alguma incapacidade física que necessitavam de assistência, e mais distantes de Nigéria *et al.*¹⁹, que reportaram 28,3% dos indivíduos que necessitavam de auxílio em pelo menos um domínio medido pelo índice de Barthel.

Significância dos achados e limitações do estudo

A escolha do desenho do estudo tipo epidemiológico transversal censitário com dados extraídos das fichas coletadas em domicílio pelos agentes comunitários de saúde contribuiu para a aproximação do número real de indivíduos com deficiências na área adstrita da unidade de saúde. Os questionários foram aplicados rapidamente a cada indivíduo e a aproximação da família com a USF se fortaleceu com visitas futuras tanto do paciente à unidade, quanto das equipes de saúde à residência do usuário. Por outro lado, cerca de 5% dos cadastros estavam desatualizados.

Conclui-se que o perfil sociodemográfico mais prevalente encontrado entre as pessoas com

deficiências físicas e sensoriais na área adstrita de uma unidade de saúde de família foi o gênero feminino, o estado civil casado idosos, etnia branca, aposentados, sem trabalho informal, com cuidador e com escolaridade em nível de ensino fundamental incompleto. Entre os indivíduos, 23,8% apresentavam sequelas devido ao acidente vascular cerebral sendo a condição mais prevalente encontrada neste estudo. Como segunda causa, encontrou-se a condição de idoso frágil (15,9%) seguida de indivíduos com deficiência visual (11,8%).

Políticas públicas de promoção da saúde²⁰, prevenção²¹ e enfrentamento das doenças cerebrovasculares^{22,23} são necessárias. A implementação nacional de serviços de atendimento integral aos pacientes com AVC é considerada uma forte ferramenta para o desenvolvimento de estratégias, tanto educacionais quanto de reabilitação, principalmente na população idosa. Porém, Strijs e colaboradores²⁴ estimaram um alto custo para a criação e manutenção desses serviços na Holanda, que com o envelhecimento populacional pode chegar a 2,08 bilhões de euros em 2020.

Estudos futuros podem envolver a problemática das barreiras arquitetônicas e acesso (mobilidade) dos usuários para chegar à unidade de saúde, bem como o desenvolvimento e utilização de ferramentas tecnológicas para facilitar a comunicação dos usuários com as equipes como a telemedicina, comunicação por *short message service* e transporte especial.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei no. 13.156, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13156.htm>. Acesso em: 15 dez. 2015.

2. World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
3. Araujo ES, Buchalla CM. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. *Rev. bras. Epidemiol.* 2015;18(3):720-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030017>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=censodemog2010_defic>. Acesso em: 15 set. 2015.
5. Di Nubila H, Paula AR, Marcelino MA, Maior I. Evaluating the model of classification and valuation of disabilities used in Brazil and defining the elaboration and adoption of a unique model for all the country: Brazilian Interministerial Workgroup Task. *BMC Public Health.* 2011;11(Suppl 4):S10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S10>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html> Acesso em: 08 jun. 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2010;21(3):230-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p230-239>
9. Aoki M, Oliver FC, Nicolau SM. Considerações acerca das condições de vida das pessoas com deficiência a partir de um levantamento em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico do município de São Paulo. *Mundo saúde.* 2011; 35(2):169-78.
10. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
11. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface.* 2009;13(28):177-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>
12. Kuvalekar K, Kamath R, Ashok L, Shetty B, Mayya S, Chandrasekaran V. Quality of life among persons with physical disability in udupi taluk: a cross sectional study. *J Family Med Prim Care.* 2015;4(1):69-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.152258>
13. Johnson NB, Hayes LD, Brown K, Hoo EC, Ethier KA. CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors-United States, 2005-2013. *MMWR.* 2014; 63(Suppl 4):3-27.
14. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, *et al.* The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr.* 2010;10:53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-53>

15. Jotheeswaran AT, Williams JD, Prince MJ. Predictors of mortality among elderly people living in a south Indian urban community; a 10/66 Dementia Research Group prospective population-based cohort study. *BMC Public Health.* 2010;10:366. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-366>
16. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):7-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
17. Wade DT, Hewer RL. Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1987;50(2):177-82.
18. Kuvalekar K, Kamath R, Ashok L, Shetty B, Mayya S, Chandrasekaran V. Quality of Life among Persons with Physical Disability in Udupi Taluk: A Cross Sectional Study. *J Family Med Prim Care.* 2015;4(1):69-73. DOI: 10.4103/2249-4863.152258.
19. Abdulraheem IS, Oladipo AR, Amodu MO. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among elderly rural population in Nigeria. *J Aging Res* 2011;2011:369894. doi: 10.4061/2011/369894.
20. Lima ML, Santos JLF, Sawada NO, Lima LAP. Quality of life of individuals with stroke and their caregivers in a city of Triângulo Mineiro. *Rev Bras Epidemiol;* 2014;7(2):453-464.
21. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm;* 2016; 69(1):79-87.
22. Copstein L, Fernandes JG, Bastos GAN. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013;71(5):294-300, maio 2013.
23. Pieri A, Spitz M, Lopes TO, Barros CG, Faulhaber MW, Gabbai AA, Cendoroglo-Neto M. Prevalence of cardiovascular risk factors among elderly Brazilians over eighty with ischemic stroke. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66(3a):454-457.
24. Struijs JN, van Genugten ML, Evers SM, Ament AJ, Baan CA, van den Bos GA. Future costs of stroke in the Netherlands: the impact of stroke services. *Int J Technol Assess Health Care.* 2006;22(4):518-24.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p157-166>

CONHECIMENTO DOS IDOSOS SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO

KNOWLEDGE OF THE ELDERLY ABOUT THE SIGNS AND SYMPTOMS OF DEPRESSION

Anny Beatriz Costa Antony de Andrade

Acadêmica da Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas (EEM/UFAM).

E-mail: antony.beatriz@gmail.com

Alaidistânia Aparecida Ferreira

Professora titular da Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas (EEM/UFAM).

E-mail: laiufam@gmail.com

Maria José Gomes de Aguiar

Professora substituta da Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas (EEM/UFAM).

E-mail: magomesaguiar@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar o conhecimento dos idosos, participantes do parque municipal do idoso (Manaus - Brasil), sobre os sinais e sintomas da depressão. **Métodos:** estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em 2015, com 306 idosos participantes ativos das atividades do parque, para a coleta de dados foi desenvolvido um questionário composto de duas partes: a primeira de dados sociodemográficos e a segunda constituída de sentenças baseadas na escala de Yesavage, alternadas com frases não relacionadas à depressão, onde o idoso, com base em seu julgamento, circulava as alternativas relacionadas à doença. **Resultados:** A amostra foi composta, em sua maioria, pelo gênero feminino, aposentados, grande parte com até um salário mínimo, ensino fundamental até a quinta série, cristãos, procedentes da região norte do país. Do total dos 306 participantes, 245 idosos nunca receberam o diagnóstico de depressão, 203 conheceram alguém acometido pela doença e 130 idosos apresentaram conhecimento intermediário em relação à depressão, caracterizando o maior grupo. Apesar da pontuação, os idosos lançam mão do conhecimento empírico, o que não contribui com sua verdadeira autonomia e envelhecimento ativo. **Conclusão:** É necessário que o enfermeiro e a equipe de saúde utilizem a educação em saúde na construção de conhecimento e auxílio aos idosos na promoção da qualidade de vida.

¹ Agradecimentos: À equipe do Parque Municipal do Idoso, da Fundação Doutor Thomas e ao Laboratório de Bioestatística da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Palavras-chave: Enfermagem; Depressão; Idosos; Conhecimento.

Abstract

Aim: to identify the knowledge of the elderly participants in the Municipal Park of the Elderly (Manaus - Brazil), about the signs and symptoms of depression. Methods: a descriptive study, with a quantitative approach, accomplished in 2015, conducted with 306 active elderly participants of the activities of the Park. The data collection has a two-part questionnaire: the first with demographic data and the second made up of sentences based on the scale of Yesavage, alternating with non-related depression sentences, where the elderly, based on their judgment, circulated the alternatives related to the disease. Results: The sample was composed, mostly by women, retirees mostly up to a minimum wage, elementary school until the fifth grade, christians, coming from the north of the country. Of the 306 participants, 245 never received the diagnosis of depression, 203 knew someone who developed the disease and 130 elderly had intermediate knowledge about the disease, making it the largest group. Despite the score, the elderly used empirical knowledge, which does not contribute it is real autonomy and active aging. Conclusion: It is necessary for the nurse and the health team use health education as a means of building knowledge and assistance to the elderly in promoting quality of life.

Keywords: Nursing; Depression; Aged; Knowledge.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Segundo a OMS, em 2050 cerca de 80% das pessoas idosas existentes serão oriundas de países emergentes e em desenvolvimento.¹ No Brasil, país de renda média, o envelhecimento populacional é contínuo, em 2010 esta parcela totalizou 10,79% da população, o percentual amazonense caracterizou 6,03% desse total, constituindo 5,99% da população manauara.^{2,3}

O envelhecimento é caracterizado pela adaptação ao declínio fisiológico das funções corporais. O acometimento por doenças crônicas não tratadas, fatores ambientais e sociais que compõem o contexto da pessoa idosa, podem levar à incapacidade e à dependência, fatores de risco para a depressão.^{4,5}

A depressão no idoso é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes, embora não seja normal. Acredita-se que conforme o aumento da idade, mais sintomas depressivos são apresentados, através das queixas intensificadas de doenças e a presença do quadro de ansiedade.^{6,7}

Para viver com qualidade a pessoa idosa necessita ter conhecimento sobre sua condição e as doenças que podem lhe acometer, o que a auxilia na promoção da própria saúde, reduzindo o sofrimento. Contribuindo para o envelhecimento ativo, tornando-a participativa na sociedade, onde demonstra autonomia sobre a própria velhice.^{8,9,10}

Dentro deste âmbito, a enfermagem tem como responsabilidade identificar e minimizar os problemas que interferem na qualidade de vida do idoso, implementando ações direcionadas à promoção da saúde, que tragam benefícios biopsicossociais ao paciente. Em colaboração com a equipe multidisciplinar de saúde, a enfermagem busca formas de prevenir o adoecimento

e suas complicações, a partir da educação em saúde, colaborando com as políticas públicas.^{11,5}

A Educação em Saúde não significa apenas transmissão de informações, mas a construção do conhecimento também nas equipes de saúde, principalmente entre o enfermeiro e a comunidade. É necessário levar em conta a experiência do idoso e seu conhecimento sobre a vida, além de considerar sua condição e história pessoal e familiar. Valorizar e compartilhar o saber torna o processo de educação em saúde um momento para socializar e revigorar as capacidades do idoso de tornar o seu envelhecimento saudável.¹²

Poucos estudos foram encontrados nas bases de dados durante a revisão de literatura, relacionados ao conhecimento de idosos sobre a depressão, aspecto importante, pois destaca a necessidade de pesquisas com esta parcela da população relacionadas às patologias que afetam a saúde mental, uma vez que o percentual de idosos teve aumento em escala mundial, sendo necessário prover medidas para a assistência integral à sua saúde desse público com base em evidências.

Nesta perspectiva, este estudo objetivou identificar o perfil socioeconômico e o conhecimento de idosos que frequentam o parque municipal do idoso, localizado na cidade de Manaus, sobre os sinais e sintomas da depressão, verificar também a quantidade de idosos que já receberam o diagnóstico médico de depressão e os que conheceram alguém que desenvolveu a doença.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre outubro e dezembro de 2015, no Parque Municipal do Idoso criado

em 2002 pela Fundação Doutor Thomas (FDT), localizado em Manaus, Amazonas.

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa foram 306 idosos participantes das atividades oferecidas pelo Parque Municipal do Idoso. A amostra calculada compreende 20,4% do universo de 1.500 idosos cadastrados no Parque Municipal do Idoso, com 95% de confiabilidade e margem de erro de 5%.

Os idosos incluídos neste estudo atenderam aos seguintes critérios: ser participante ativo das atividades oferecidas pelo Parque Municipal do Idoso, aceitar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) oferecido, ser alfabetizado e não apresentar nenhum acometimento físico ou mental que o impedisse de responder ao questionário. Foram excluídos deste estudo os idosos que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

Para a coleta de dados foi desenvolvido um questionário, constituído de duas partes: A primeira parte corresponde a oito questões referentes às variáveis sociodemográficas e duas questões relacionadas à possível experiência do idoso com depressão. A segunda parte do instrumento de coleta, foi composta por 17 sentenças, onde 14 foram consideradas verdadeiras como sinais e sintomas da depressão, enquanto as outras 3 sentenças não fazem parte do quadro clínico da doença.

Na segunda parte, os idosos a partir de seu julgamento e experiências vivenciadas, circularam as alternativas que acreditavam ser sinais e sintomas da doença. Nesta etapa, parte do instrumento foi baseada nas sentenças da conhecida Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS), desenvolvida e validada em 1983, por Yesavage e colaboradores como instrumento de triagem para a depressão. Por ser uma escala com finalidade reconhecida e validada, foi selecionada como base para o

desenvolvimento do instrumento utilizado neste estudo.

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um pré-teste do questionário com idosos não vinculados ao parque do idoso, escolhidos de forma aleatória, para avaliar a qualidade do instrumento e necessidade de modificações e adaptações do mesmo, comportamento e domínio da pesquisadora sobre o conteúdo do instrumento. Os participantes da fase de pré-teste não foram incluídos no resultado final desta pesquisa.

Os idosos participantes ativos do parque foram identificados com o auxílio dos professores das modalidades praticadas e o uso do cartão de identificação do parque por parte dos idosos. A amostra foi abordada em grupos de acordo com as modalidades que praticavam em salas privativas ou em ambiente escolhido pelos participantes da pesquisa, contando com cerca de 20 minutos da colaboração de cada um para a assinatura do TCLE e o preenchimento do questionário.

Caso o questionário despertasse sentimentos ruins nos idosos, como o sofrimento oriundo das experiências/vivências ocorridas relacionadas à depressão, a pesquisa seria interrompida com este idoso e o serviço de psicologia do Parque Municipal do Idoso foi acionado, visto que se prontificou a auxiliar no processo, prestando atendimento ao idoso, sem custos.

Houve somente uma perda durante o processo de coleta de dados, após assinar o termo e preencher o questionário, uma idosa referiu sentir-se desconfortável com os sentimentos que a pesquisa lhe despertou, e seguindo as normas do TCLE a mesma foi desligada da pesquisa.

Reforça-se que neste estudo foram obedecidos os requisitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde¹³, onde foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos

participantes da pesquisa, esclarecendo a obediência ao sigilo das informações, a confidencialidade da identidade dos sujeitos da pesquisa, o direito à retirada do estudo a qualquer momento sem acarretar prejuízos ao entrevistado. O projeto foi desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade do Amazonas (FUAM) e recebeu o número de aprovação CAAE: 44293015.2.0000.5020.

Após a coleta, os dados foram digitados em planilhas no programa Excel 2013, posteriormente analisados através do programa Minitab 17, um software de análise estatística, que permite obter estatísticas descritivas, simulações e distribuições, inferência estatística elementar, análise da variância, entre outros. Os dados foram analisados descritivamente por meio das frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo. As variáveis foram analisadas individualmente de acordo com sua distribuição e características. Foram analisadas as relações entre as variáveis, buscando correlações.

Os idosos foram classificados em três grandes grupos de acordo com a quantidade de alternativas que acertaram. Conhecimento mínimo: 0 a 4 acertos; conhecimento intermediário: 5 a 9 acertos; e conhecimento máximo: 10 a 14 acertos. Dentre as sentenças do questionário foram destacadas aquelas mais relacionadas, pelos idosos, à depressão e as menos correlacionadas à doença.

Resultados

A amostra foi caracterizada por 305 idosos, sendo os resultados apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1 - Perfil demográfico dos idosos entrevistados no Parque Municipal do Idoso (Manaus, 2015).

Variáveis	N	(%)
Faixa Etária		
60 - 77 anos	258	84,59
78 - 95 anos	46	15,08
96 - 113 anos	1	0,33
Sexo		
Feminino	230	75,41
Masculino	75	24,59
Estado Civil		
Casado	109	35,74
Divorciado	43	14,10
Solteiro	48	15,74
Viúvo	105	34,43
Escolaridade		
Ensino Fundamental	149	48,85
Ensino Médio	100	32,79
Ensino Superior	56	18,36
Aposentado		
Sim	243	79,67
Não	62	20,33
Religião		
Ateu	6	1,97
Cristão	287	94,10
Espírita	10	3,28
Judeu	1	0,33
Seicho-No-Ie	1	0,33
Região de Procedência		
Centro-oeste	2	0,66
Nordeste	30	9,84
Norte	253	82,95
Sudeste	15	4,92
Sul	4	1,31
Fora do País (Portugal)	1	0,33

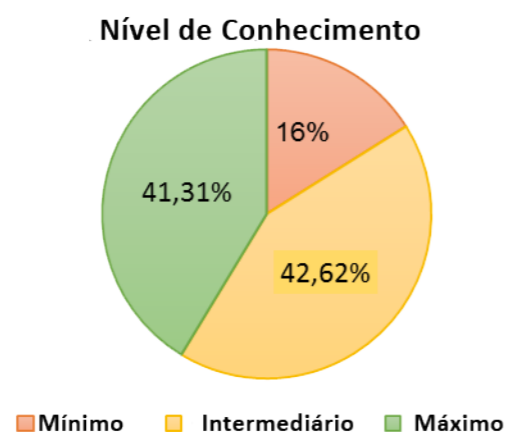
Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os participantes da pesquisa, 245 idosos (88,33%) nunca receberam o diagnóstico de depressão, enquanto 60 idosos (19,67%) foram diagnosticados com a doença em algum momento de sua vida.

Cerca de 203 (66,56%) idosos chegaram a conhecer alguém acometido pela doença, em contrapartida a 102 idosos (33,44%) que nunca tiveram contato com pessoas portadoras da doença.

Após aplicação e a análise de dados do questionário observou-se que 49 idosos (16,07%) apresentaram conhecimento mínimo sobre a depressão, 130 idosos (42,62%) apresentaram conhecimento intermediário, e cerca de 126 idosos participantes da pesquisa (41,31%) apresentaram conhecimento máximo em relação à doença, conforme apresenta o gráfico abaixo.

Figura 1 - Gráfico do nível de conhecimento sobre depressão dos idosos participantes do Parque Municipal do Idoso (Manaus, 2015).



Fonte: Dados da pesquisa

Das alternativas apresentadas cerca de 77% dos idosos, participantes da pesquisa, afirmaram que *“Ter dificuldade para dormir ou ter insônia”* faz parte da depressão, seguido por *“Não estar satisfeito com a vida”* (75%), *“Chorar facilmente e com frequência”* (73%), e *“Estar triste com frequência”* (72%). Enquanto apenas 27% dos idosos afirmam que *“Ter alucinações e delírios”* relaciona-se à doença, seguido por *“Estar menos interessado na atividade sexual”* (24%).

Discussão

O percentual elevado de mulheres dentro da amostra foi notório, comprovando o aumento da longevidade deste gênero dentro do país apresentados nos resultados de estudos anteriores^{14,15,16} com a população idosa relacionados à depressão, onde evidenciou-se que as mulheres, por possuírem um período de vida maior que os homens, estão sujeitas a vivenciar a viuvez, o isolamento social, a aposentadoria e o abandono familiar.

Apesar de familiarizada com a viuvez, a amostra de idosos casados também foi expressiva. Este vínculo representa a diminuição do isolamento social para o idoso, pois a presença do cônjuge lhe fornece apoio. Embora a perda do parceiro, de familiares e amigos seja um fator negativo, de acordo com estudos, é necessário que o idoso vivencie o sentimento de luto corretamente, caso contrário torna-se fator de risco para a depressão.^{14,15,16}

A escolaridade na região norte do país possui peculiaridades de acordo com as condições de vida no interior dos estados, a diversidade de saberes, valores e população, seja rural ou urbana.¹⁷ O nível de escolaridade evidenciado pela pesquisa demonstrou a importância que a escola assumiu no século XX. Antes desse período o trabalho era considerado prioridade e não requisitava estudo por parte de seus funcionários, o que acarretou em prejuízos sociais e econômicos para os idosos atualmente.

O resultado desta pesquisa concorda com outro estudo¹⁶, onde a baixa escolaridade interfere no entendimento da doença e seu desenvolvimento, visto que o nível de escolaridade é inversamente proporcional à prevalência da depressão.

O fator econômico afeta principalmente os indivíduos do sexo masculino, em uma sociedade onde há a valorização da produtividade e do lucro.¹⁸ Outro estudo¹⁵ direciona a renda como fator que está diretamente relacionada à qualidade de vida do idoso, que a longo prazo pode acarretar a angústia, frustração, ansiedade e o isolamento social. Apesar de ter sido realizado em 2005, esse estudo¹⁵ segue apresentando relevância no âmbito socioeconômico, principalmente em território nacional.

Diante do exposto e do resultado encontrado nesta pesquisa, a aposentadoria na sociedade brasileira representa uma drástica mudança do papel social para os idosos, uma vez que a vida profissional é

substituída por descanso e inatividade. O que na concepção do idoso contribui para seu isolamento e sentimento de inutilidade ao perder sua função, além de não ter se planejado socialmente para se aposentar.

Quanto a religiosidade 94,10% dos participantes da pesquisa se auto declararam cristãos. Esse comportamento religioso está intimamente inserido na cultura brasileira, justificando o alto percentual evidente na amostra. Para a maioria dos idosos, a religião representa uma segurança, haja visto que o sobrenatural representa conforto eficiente para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas ao longo da vida.¹⁹

Uma pesquisa realizada na cidade de Lisboa que utilizou o teste de Szondi²⁰, e outra realizada no Brasil, no estado do Mato Grosso do Sul atendidos numa Estratégia de Saúde da Família (ESF)²¹, apontaram que a depressão é menor em religiosos praticantes, pois reduz a capacidade do indivíduo de adotar práticas que colaboram com a doença, como o uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas. Entretanto essa mesma pesquisa²⁰ apresentou uma relação contraditória com a depressão, uma vez que a prática excessiva da religiosidade pode ocasionar a baixa autoestima, a repressão de emoções, ansiedade e sentimento de culpa, favorecendo assim, o aparecimento da doença.

A somatória entre os níveis de conhecimento baixo e intermediário da depressão chega a 57,31% e é justificado pelo baixo nível de escolaridade de grande parte da amostra. Este estudo concorda com o desenvolvimento de atividades na área da educação voltadas para idosos, como complementando a assistência à saúde. Uma vez que estudos^{22,23} comprovam que o envolvimento de idosos com o ensino superior e a prática de exercícios físicos elevam a sua autoestima, uma vez que lhe permitem ter objetivos, reduzem a solidão ao aumentar seu ciclo de amizades e lhe possibilitam novas fontes de informação.

Ao analisar o grupo intermediário desta pesquisa de forma isolada observa-se que o resultado é significativo, o entendimento de grande parte dos idosos está direcionado às sentenças onde há sofrimento, tristeza e preocupação evidentes, confirmando que o conhecimento sobre a doença é empírico. Adquirido através de vivências passadas, seja por meio da convivência com pessoas que desenvolveram a doença, ou sua própria condição.

Tal circunstância limita o conhecimento do idoso acerca da doença, dificultando a diferenciação clara entre a sintomatologia da depressão e complicações de outras doenças crônicas, afetando seu envelhecimento ativo.^{10,5}

Este resultado evidencia que a educação em saúde realizada com os idosos sobre a doença não é satisfatória, e questiona o modelo de educação em saúde utilizado. A enfermagem é a profissão, na área da saúde, com maior capacidade para o desenvolvimento de atividades na educação em saúde, devido ao conteúdo aprendido durante a graduação. Logo, necessita buscar metodologias ativas para propor discussões com os idosos, de acordo com estudo¹² é importante valorizar a abordagem do assunto, a necessidade do idoso e o seu saber prévio para a construção do conhecimento, o que o auxilia a alcançar sua autonomia, desmistificando a relação entre velhice, incapacidade e dependência.

Observou-se nesta pesquisa que há menor prevalência de depressão e ansiedade entre os idosos participantes das atividades propostas pelo parque, devido à constante interação social, por meio da dança, canto, modalidades esportivas, festejos e oficinas de memória que também propiciam espaço para a troca de conhecimento e melhora do humor.

Os idosos participantes deste estudo corroboram com o discurso de estudiosos^{23,24} sobre os benefícios de um envelhecimento ativo, onde a prática de exercícios físicos

reduz os níveis de depressão em indivíduos. Além da qualidade de vida que o convívio social promove, uma vez que sua ausência é tão prejudicial quanto as doenças cardiovasculares e o sedentarismo.

Conclusão

A pesquisa apontou que o perfil sociodemográfico influencia na saúde mental do idoso, gerando fatores de risco para a depressão. É necessário que os familiares e os profissionais de saúde que o assistem aos idosos acompanhem seu envelhecimento de forma efetiva.

A quantidade de idosos que já receberam o diagnóstico médico de depressão é baixa, em contrapartida ao percentual de idosos que conviveram com alguém que desenvolveu a doença. O que contribui com o conhecimento do idoso sobre a depressão, embora seja de forma empírica.

Evidenciou-se que os sinais e sintomas da depressão conhecidos pelos idosos tratam diretamente de tristeza, sofrimento e aflição e não abarca os outros sinais pertencentes ao quadro clínico da doença, como a falta de interesse em atividade sexual. Essas informações refletem as falhas contidas nas metodologias de educação utilizadas dentro do parque do idoso.

Diante disso, através dos resultados apresentados é possível, para o enfermeiro e para a equipe de saúde, pensar em novas estratégias de educação em saúde que considerem a sabedoria e experiência do idoso na verdadeira construção do conhecimento, sensibilizando-o sobre sua saúde, desmistificando a depressão e auxiliando-o a conquistar a emancipação de sua velhice.

A saúde do idoso não é somente responsabilidade do indivíduo e da equipe de saúde, mas uma responsabilidade social,

portanto o estado deve prover meios para o idoso viver com qualidade, como estabelecer mais centros de convivência para a terceira idade, buscando abranger o quantitativo de idosos da cidade.

Devido a abordagem do estudo, não foi possível identificar o significado individualizado da depressão para os idosos, sendo relevante o desenvolvimento de futuras pesquisas com a temática. A partir deste estudo busca-se apresentar a importância da educação em saúde para a terceira idade na prevenção de doenças e agravos, enfatizando-a como modalidade do cuidado integral à vida.

Referências

1. Silva SA. Depressão e incapacidade funcional em idosos: Um estudo de base populacional [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2013.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: Manaus - AM. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br, acesso em 16/01/2015.
4. Burmeister SB. Associação da depressão na qualidade de vida de idosos [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014.
5. Almeida MFI, Barbosa AC, Lemes AG, Almeida KCS, Melo TL. Depressão do idoso: o papel da assistência de enfermagem na recuperação dos pacientes depressivos. *Rev Univar*. 2014;1(11):107-111.
6. Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G, et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciência & Cognição*. 2006;07:111-121.
7. Fernandes MGM, Nascimento NSF, Costa KNFM. Prevalência e determinação de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária. *Rev Rene Fortaleza*. 2010jan/mar;11(1):19-27.
8. Drago SMMS, Martins RML. A depressão no Idoso. *Millennium*. 2012 jun/dez; 43:79-94.
9. Silva KPP, Lago EC, Morais ER, Carvalho ML, Moura MEB. O significado da depressão para idosos assistidos em um Centro de Convivência da Terceira Idade em Teresina- Piauí *Rev Interd*. 2014 abr/jun;7(2):45-50.
10. Rocha LPO, Cioffi ACS. Caracterização da depressão em idosos. *Rev Univar*. 2014;02(12):56-60.
11. Silva ER, Souza ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2012 abr;46(6):1387-93.
12. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1763-72.

- ¹³. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2013 jun; Seção 1.
- ¹⁴. Vicente F, Espírito-Santo H, Cardoso D, Silva F, Costa M, Martins S, et al. Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. J Bras Psiquiatr. 2014;63(4):308-16.
- ¹⁵. Mendes MRSS, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração*. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):422-6.
- ¹⁶. Silva GEM, Pereira SM, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Santos ZC. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de limoeiro - PE*. Rev Min Enferm. 2014 jan/mar;18(1):82-7.
- ¹⁷. Bento MAS, Coelho WNB, Coelho MC, Fernandes DMP. A educação na região norte: Apontamentos iniciais. Amazôn., Rev Antropol. (Online). 2013;5(1):140-175.
- ¹⁸. Carneiro AM, Baptista MN, Santos AAA. Medidas de sintomas depressivos em idosos: relações com variáveis sociodemográficas. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colômbia). 2013;31(3):483-492.
- ¹⁹. Souza GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LIES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. Interface (Botucatu). 2014;18(49).
- ²⁰. Pires SCF. Relação entre orientação religiosa, depressão e características da personalidade avaliadas com o teste de Szondi [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
- ²¹. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enferm. 2010;15(2):217-24.
- ²². Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da universidade para terceira idade. Rev Psiquiatr. 2007;29(1):19-27.
- ²³. Almeida EA, Madeira GD, Arantes PMM, Alencar MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira - MG. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2010;13(3):435-443.
- ²⁴. Ferreira L, Roncada C, Tiggermann CL, Dias CP. Avaliação dos níveis de depressão em idosos praticantes de diferentes exercícios físicos. ConScientiae Saúde. 2014;13(3):405-410.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p167-178>

FATORES ASSOCIADOS AO NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS DE MULHERES TABAGISTAS E NÃO TABAGISTAS ATENDIDAS EM HOSPITAIS DE PORTO ALEGRE (RS), BRASIL¹

Factors associated with the number of prenatal consultations of smokers and nonsmokers women answered in Porto Alegre hospitals, Brazil

Amanda Pereira Ferreira

Mestre. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA). Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: amandajua@yahoo.com.br

Juliana Rombaldi Bernardi

Doutora. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA). Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: juliana.bernardi@yahoo.com.br

Charles Francisco Ferreira

Doutor. Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: neurocientista@hotmail.com

Aline Braido Pereira

Mestre. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA). Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: alinebraido@gmail.com

¹ Este trabalho foi financiado pelo PRONEX FAPERGS/CNPq 10/0018.3 e pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, Brazil), pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, Brasil) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Os autores também agradecem a todos os pesquisadores envolvidos, diretamente ou indiretamente, no Projeto IVAPSA. Finalmente, gostaríamos de expressar nossa sincera gratidão aos familiares participantes por sua disponibilidade e paciência ao longo deste estudo.

Diego Almeida dos Santos

Graduando. Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: diegoaalmeida@hotmail.com

Karen Ferreira dos Santos

Graduanda. Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: karesdosantos@gmail.com

Lívia Willborn Pereira

Graduanda. Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: liviawillborn@hotmail.com

Mariana Wainer

Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
Email: mariana_wainer@hotmail.com

Pâmela Kremer Ferreira

Graduanda. Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: pamela.kremer@gmail.com

Vera Lúcia Bosa

Doutora. Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: vlbosa.nut@gmail.com

Clécio Homrich da Silva

Doutor. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA). Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: clecio.homrich@ufrgs.br

Marcelo Zubaran Goldani

Doutor. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA). Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Faculdade de Medicina (FAMED) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre/RS, Brazil.
E-mail: mgoldani@hcpa.edu.br

Resumo

Objetivo: analisar os fatores associados ao número de consultas pré-natais de mulheres tabagistas e não tabagistas. Métodos: análise transversal de uma amostra de conveniência de mulheres com histórias prévias de tabagismo e um grupo controle. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das instituições de origem. O desfecho foi o número de consultas pré-natais e as variáveis estudadas foram: idade materna (anos), raça (etnia), escolaridade (anos), renda familiar (reais), situação conjugal, número de filhos (prévios à gestação analisada) e o planejamento da gestação analisada. Os números de consultas pré-natais foram comparados pelo teste Mann-Whitney. A regressão linear foi aplicada para avaliar o número de consultas pré-natais e sua relação com as variáveis analisadas. Resultados: selecionaram-se 248 mulheres, distribuídas em controle ($n=161$) e tabagistas durante a gestação ($n=87$). Verificou-se que a mediana de idade foi 24 [20-30] anos e a escolaridade 9 [7,25-11] anos. A maioria das mulheres (71,4%) realizou mais de seis consultas pré-natais. Contatou-se maior frequência de mulheres solteiras no grupo tabagista ($p=0,001$). Tabagistas apresentaram menor escolaridade ($p\leq 0,0001$), menor renda ($p\leq 0,0001$), maior número de filhos ($p=0,004$), menor planejamento da gestação ($p\leq 0,0001$) e menor número de consultas pré-natais ($p\leq 0,0001$). O número de consultas pré-natais foi influenciado negativamente pelo tabagismo materno durante a gestação ($p=0,009$), pelo número de filhos ($p\leq 0,0001$) e positivamente pela idade materna ($p\leq 0,0001$). Conclusões: o tabagismo durante a gestação está associado a condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, evidenciando a necessidade de um pré-natal adequado e cuidados mais intensos por profissionais de saúde para esta população.

Palavras-chaves: Cuidado Pré-Natal; Hábito de Fumar; Condições Sociais.

Abstract

Objective: To analyze the factors associated with the number of prenatal consultations of smokers and nonsmokers women. Methods: Cross-sectional analysis of a convenience sample of women with previous historic of smoking and a control group. The study was approved by the Ethics Committee of the institutions of origin. The outcome was the number of prenatal consultations and studied variables were: maternal age (in years), race (ethnicity), education (in years), family income (in reais), marital status, number of children (prior to the current analyzed pregnancy) and planning the current pregnancy. Prenatal consultations frequencies were compared by Mann-Whitney test. Linear regression was used to assess the number of prenatal consultations and its relation to the analyzed variables. Results: 248 women were selected, distributed in control ($n=161$) and smokers during pregnancy ($n=87$). It was found that the age median was 24 [20-30] years and the educational level was 9 [7.25 to 11] years. Most women (71.4%) performed more than six prenatal consultations. It was observed a higher frequency of single women among smoker mothers ($p=0.001$). Smoker mothers displayed lower education period ($p\leq 0.0001$), lower familiar income ($p\leq 0.0001$), higher number of children ($p=0.004$), lower planning pregnancy ($p\leq 0.0001$) and fewer prenatal consultations ($p\leq 0.0001$). The number of prenatal consultations was negatively influenced by maternal smoking ($p=0.009$), number of children ($p\leq 0.0001$) and positively modulated by maternal age ($p\leq 0.0001$). Conclusions: smoking during pregnancy is associated with conditions of greater

socioeconomic vulnerability, demonstrating the need for adequate prenatal care and more intense care by health professional for this population.

Keywords: Prenatal Care; Smoking; Social Conditions.

Introdução

O tabagismo materno durante a gestação constitui um importante problema de saúde pública global por conta de sua elevada prevalência e impacto negativo sobre a saúde materna e fetal.^{1,2} Dessa forma, o tabagismo é uma importante causa de morte prematura e limitações físicas decorrentes de complicações por doenças como infartos agudos do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e diagnósticos de câncer.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 2030 o número de fumantes chegue a 1,6 bilhões em todo o mundo com mortalidade de 10 milhões, desses 70% nos países menos desenvolvidos.⁴ Dados sobre a carga do tabagismo para o Brasil demonstram que o hábito foi responsável por 147.072 óbitos em 2011, sendo que o custo para o sistema de saúde foi de R\$23,37 bilhões.³ Assim, o tabagismo e suas consequências geram altos custos em nível social, econômico e ambientais.

O hábito de fumar antes era visto como um estilo de vida, mas hoje é compreendido como uma dependência, mediada pela nicotina, com pelo menos três elementos básicos: dependência química (abstinência), dependência psicológica (busca do tabaco como apoio) e condicionamento (associação com o cotidiano: trabalho, ingestão de café, lazer, entre outros).^{5,6}

Por conseguinte, o hábito de fumar por mulheres durante a gravidez apresenta conhecidos riscos de complicações, como: placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, hemorragia no pré-parto, parto prematuro, aborto espontâneo, gestação ectópica, crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém-nascido e comprometimento do desenvolvimento físico da criança.⁶

Nesse contexto, considerando-se os malefícios do tabaco para o binômio mãe/bebê, a gestação constitui-se em um momento importante para a cessação do tabagismo.⁷ Da mesma forma, entende-se que o período do pré-natal corresponda a um conjunto de cuidados voltados à saúde materna e do feto possibilitando adequadas ações e orientações para que a mulher possa viver a gestação e o parto de forma positiva e enriquecedora, diminuindo os riscos de complicações no parto e no puerpério.^{8,9}

No Brasil, sabe-se que a cobertura pré-natal aumentou, com abrangência praticamente universal, após a adoção do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cuja estratégia tem o objetivo de assegurar a melhoria do acesso e cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aos recém-nascidos.^{10,11} Estabelece-se que o número de consultas de pré-natal deva ser de no mínimo seis consultas em gestantes sem fatores de riscos detectados, com início precoce, até o quarto mês de gestação.⁹

Evidencia-se que a adequada assistência pré-natal está associada a melhores desfechos perinatais.¹² Estudos têm mostrado o efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo, entre outros, para menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. Quando identificadas desordens na saúde da mulher gestante de forma precoce, pode-se

aplicar o tratamento adequado, diminuindo o risco de óbito materno e infantil.^{13,14}

Nesse sentido, a atenção pré-natal capta precocemente os fatores de risco que trazem complicações, especialmente em ambientes intrauterinos desfavoráveis, podendo auxiliar os profissionais de saúde a implementar intervenções para melhorar a saúde da mãe e do bebê. O objetivo do estudo foi analisar os fatores associados ao número de consultas pré-natais de mulheres tabagistas e não tabagistas atendidas em hospitais públicos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Métodos

Trata-se de uma análise transversal de dados coletados no período pós-parto do estudo prospectivo observacional longitudinal intitulado “Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida” (IVAPSA), que contemplou uma triagem hospitalar e um seguimento (visitas domiciliares com sete, quinze dias, um, três e seis meses de idade do bebê), iniciada em 2011 no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este estudo foi composto por uma amostra de conveniência de parturientes com histórias prévias de tabagismo materno durante a gestação e um grupo controle.

Para este estudo, a amostra foi dividida de acordo com dois grupos de ambientes intrauterinos não sobrepostos: 1) Tabagismo (Tabaco): duplas compostas por mulheres que na primeira entrevista responderam afirmativamente quanto ao fumo durante a gestação, independentemente da quantidade de cigarros, e seus filhos e 2) Controle (Controle): duplas compostas por mulheres que não apresentaram as características citadas anteriormente, que

não possuíam *diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e filhos pequenos para a idade gestacional. Priorizou-se a coleta de grupos não sobrepostos quanto ao fator em estudo. Entretanto, caso houvesse puérperas com condições concomitantes, o entrevistador foi orientado a preencher as questões referentes aos grupos específicos e discutir com os supervisores da pesquisa quanto à classificação do par puérpera-recém-nascido.

Foram utilizados os dados da entrevista do pós-parto e alguns dados retirados dos prontuários hospitalares. A amostra compreendeu parturientes e recém-nascidos a termo que foram atendidos por ocasião do parto nos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizados no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Por ser parte do estudo longitudinal IVAPSA foi utilizado o cálculo amostral pré-existente.¹⁵ Para este estudo o número de participantes foi de 236, pois foram utilizados dados referentes ao grupo tabaco e controle. A coleta de dados analisada foi realizada de setembro de 2011 a janeiro de 2016. Foram utilizados como critérios de inclusão: mães residentes na cidade de Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil) e recém-nascidos com 24 a 48 horas de vida. Como critérios de exclusão, foram adotados os seguintes critérios: filhos de puérperas com teste positivo para HIV/AIDS, recém-nascidos de gestação gemelar, recém-nascidos pré-termos (gestação inferior a 37 semanas), recém-nascidos com doenças congênitas ou com necessidade de internação hospitalar.

As entrevistas foram realizadas por alunos de pós-graduação (doutorado e mestrado) e bolsistas e iniciação científica (graduandos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Nutrição) que passaram por capacitações específicas e utilizaram técnicas padronizadas.

Foram aplicados questionários que incluíram informações socioeconômicas, demográficas, ambientais e relacionados à saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do GHC (11-027) e do HCPA (11-0097). As puérperas que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O estudo segue os aspectos éticos da pesquisa preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que por sua vez revogou a 196/CNS/MS, vigente no início do estudo, respeitando a confidencialidade e sigilo do sujeito da pesquisa.

Para este estudo, a variável dependente considerada foi o número de consultas pré-natais. Como variáveis independentes também foram estudadas: idade materna (em anos), raça relatada (etnia), escolaridade (em anos), renda familiar relatada (em reais), situação conjugal, número de filhos (prévios à gestação analisada) e o planejamento da gestação atual.

Considerando as análises estatísticas, as variáveis categóricas foram analisadas por meio de número absoluto e percentual e as variáveis contínuas foram expressas em medianas e percentis (P25 e P75). As comparações dos números de consultas pré-natais entre os dois grupos analisados foram realizadas pelo teste de Mann-Whitney, conforme o resultado do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Regressão linear foi aplicada para a verificação das possíveis associações entre o número de consultas pré-natais com as variáveis independentes estudadas entre os grupos. Para todas as análises, foi estabelecido o nível de significância em 5% ($p \leq 0,05$) e o intervalo de confiança em 95%. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA®).

Resultados

Selecionou-se 248 puérperas elegíveis para este estudo, distribuídas entre os grupos controle ($n=161$) e tabagistas ($n=87$). Verificou-se que a mediana de idade das participantes esteve em 24 [20-30] anos, sendo que 52 mulheres (21,0%) tinham idade inferior a 19 anos. A mediana da escolaridade materna manteve-se em 9 [7,25-11] anos e a renda familiar em R\$1.700,00 [1.000-2.500]. Sobre o número de consultas pré-natais, a frequência manteve-se em 7,5 [5-10], sendo que 177 das mulheres (71,4%) realizaram mais de seis consultas durante o pré-natal.

A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas maternas e familiares. Considerando a situação conjugal, contactou-se a maior frequência de mulheres solteiras ou sem companheiro no grupo de puérperas tabagistas, quando comparadas às puérperas do grupo controle ($p=0,001$). Adicionalmente, as mães tabagistas apresentaram menor escolaridade em anos ($p \leq 0,0001$), menor renda em reais ($p \leq 0,0001$), maior número de filhos anteriores à gestação analisada ($p=0,004$) e menor planejamento da gestação atual ($p \leq 0,0001$) em relação ao grupo controle.

Tabela 1 - Características sociodemográficas maternas e familiares entre mães tabagistas e não tabagistas, estudo longitudinal IVAPSA (2011-2016)

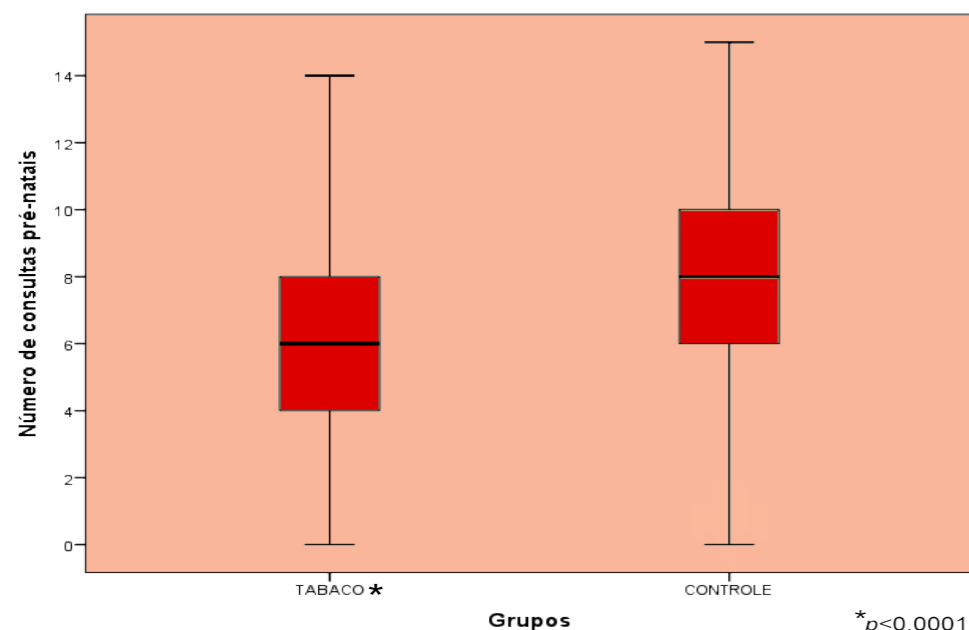
Características maternas e familiares	Tabaco ($n=87$)	Controle ($n=161$)	Valor p
	n (%)		
Situação conjugal			
Com companheiro	57 (29,5)	136 (70,5)	0,001¹
Sem companheiro	30 (54,5)	25 (45,5)	
Etnia			
Branca	51 (34,2)	98 (65,8)	0,834 ¹
Não branca	36 (36,4)	63 (63,6)	
Idade materna (anos), Med [P25-P75]	23 [20-29]	25 [20-31]	0,317 ²
Escolaridade materna (anos), Med [P25-P75]	8 [7-11]	11 [8-11]	$\leq 0,0001$²
Renda familiar (reais)*, Med [P25-P75]	1240 [800-1900]	2000 [1210-3000]	$\leq 0,0001$²
Planejamento da gestação			
Sim	14 (18,2)	63 (81,8)	$\leq 0,0001$¹
Não	73 (42,7)	98 (57,3)	
Filhos anteriores (número), Med [P25-P75]	2 [0-3]	1 [0-2]	0,004²

Fonte: dados da pesquisa.

Estatísticas descritivas, $N=248$. *O n foi menor para esta variável, devido à falta de informação (renda familiar total mensal $n=220$). ¹Qui-quadrado; ²Mann Whitney. Legenda: Med=Mediana; P=percentil; IVAPSA: Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida.

Quando comparados os números de consultas pré-natais, revelou-se que as mães tabagistas apresentaram redução significativa no número de consultas, quando comparadas às mães controle [$F(1,247)=0,001$, $p \leq 0,0001$]. Estes dados estão apresentados na Figura 1.

Figura 1: Número de consultas pré-natais.



Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: A figura 1 apresenta o número de consultas pré-natais de mães controle e de mães tabagistas durante a gestação. Dados apresentados como medianas \pm percentis (P25 e P75). A comparação entre os grupos pelo teste de Mann-Whitney revelou que as puérperas tabagistas apresentaram uma redução significativa no número de consultas pré-natais, quando comparadas às mães controle [F(1,247)=0,001, $p \leq 0,0001$].

No modelo de regressão linear observou-se que o número de consultas pré-natais foi influenciado negativamente pelo tabagismo materno (IC95% [-1,948 - -0,281]; $p=0,009$) e pelo número de filhos prévios à gestação analisada por este estudo (IC95% [-0,882 - -0,295]; $p \leq 0,0001$). Por outro lado, o número de consultas pré-natais se relacionou positivamente com a idade materna em anos (IC95% [0,080 - 0,222]; $p \leq 0,0001$).

Tabela 2 - Associações entre as características sociodemográficas maternas e familiares e o número de consultas pré-natais de mães tabagistas e não tabagistas, estudo longitudinal IVAPSA (2011-2016)

Características maternas e familiares	IC95%	B padronizado	Valor p
Grupo, Med [P25-P75]	[-1,948 - -0,281]	-0,175	0,009
Etnia, Med [P25-P75]	[-0,565 - 0,955]	0,032	0,613
Situação conjugal, Med [P25-P75]	[-0,394 - 1,586]	0,078	0,236
Número de filhos, Med [P25-P75]	[-0,882 - -0,295]	-0,310	$\leq 0,0001$
Escolaridade materna (em anos), Med [P25-P75]	[-0,215 - 0,127]	-0,038	0,614
Renda familiar (em reais), Med [P25-P75]	[0,000 - 0,000]	0,040	0,555
Idade das mães (em anos), Med [P25-P75]	[0,080 - 0,222]	0,322	$\leq 0,0001$
Planejamento da gestação, Med [P25-P75]	[-0,333 - 1,384]	0,080	0,229

Fonte: Dados da pesquisa.

Regressão linear, N=248. Legenda: Med=Mediana, P=percentil, IC95%=intervalo de confiança 95% para β , IVAPSA=Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida.

Discussão

Considerando a distribuição das variáveis sociodemográficas maternas e familiares, verificou-se maior frequência de mulheres solteiras ou sem companheiros no grupo de puérperas tabagistas. Adicionalmente, as mulheres fumantes durante a gestação apresentaram menor escolaridade, menor renda familiar, maior número de filhos anteriores à gestação analisada e menor planejamento da gestação atual, em relação ao grupo não tabagista.

Além disso, comparando-se a frequência das consultas pré-natais das puérperas, evidenciou-se que as mães tabagistas apresentaram significativamente menor número de consultas, quando comparadas às mães não tabagistas. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo também realizado em Porto Alegre-RS⁷, mostrando a associação entre baixa frequência às consultas com a prevalência de tabagismo na gestação.

Corroborando também com este estudo, na área metropolitana de Aracaju¹⁶, a maioria das gestantes realizou seis ou mais consultas pré-natais. Por consequência, estudo realizado com bebês nascidos no Brasil entre 1995 e 2002¹⁷ apontou que consultas pré-natais mais frequentes podem afetar significativamente a saúde materna e reduzir as complicações perinatais, principalmente nas gestações de maior risco.

Neste estudo, após a aplicação de modelos de regressões lineares, observou-se que o número de consultas pré-natais se relacionou negativamente também ao tabagismo materno e ao número de filhos prévios à gestação analisada, se associando positivamente com a idade materna.

No estudo realizado no município de São Luís, Maranhão¹⁸, a inadequação do pré-natal esteve associada à baixa

escolaridade materna, baixa renda familiar, ausência de companheiro, atendimento nos serviços públicos de saúde, alta paridade e idade materna de 35 anos ou mais. Da mesma forma, um estudo ecológico com todos os nascidos vivos de mães residentes no Estado do Paraná em 2007 registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)¹⁹ mostra que a baixa cobertura de consultas de pré-natal apresentou associação positiva com a idade, escolaridade e alta paridade da mãe, semelhantes a alguns destes resultados.

Assim, em relação ao número de filhos, foi identificada associação negativa, podendo ser compreendido como, quanto maior o número de filhos menor a quantidade de número de consultas pré-natais. Dessa forma, o fato da mulher ter um filho pode ser considerado fator de proteção enquanto que a alta paridade aparece como fator de risco para o acompanhamento com menor número de consultas. Investigação realizada em Pelotas, Rio Grande do Sul, também mostrou que a multiparidade mostrou-se associada positivamente à não realização de pré-natal.²⁰ A paridade materna tem sido identificada como um dos fatores associados à adequação do cuidado pré-natal, tendo as múltiparas maiores proporções de cuidados inadequados, pois ser primigesta tem sido considerado um fator facilitador do acesso precoce ao pré-natal e ao número de consultas mínimos previsto pelo Ministério da Saúde.^{18,21,22,23} Nesse sentido, sugere-se que mulheres primíparas buscam o pré-natal com maior frequência por conta de sua menor experiência, enquanto que as mães múltiparas tendem a sentirem-se mais seguras durante a gravidez e conseqüentemente a darem menos importância ao pré-natal.

Por outro lado, a renda das participantes não apresentou associação significativa com o número de consultas pré-natais. Já em estudo realizado em São Luís, Estado do Maranhão¹⁸, identificou

que a inadequação do cuidado pré-natal foi maior entre as gestantes com baixa renda familiar. Delvaux et al. (2001)²⁴, estudando as barreiras para o cuidado pré-natal na Europa, concluíram que o pré-natal inadequado foi proporcionalmente maior entre mulheres com renda não regular, com baixo nível educacional, com menos de 20 anos, solteiras e que não planejaram a gravidez.

Quanto ao planejamento da gestação atual e o número de consultas pré-natais a associação para o número de consultas não foi significativa neste estudo. Bassani et al. (2009)²³ verificaram que ter gravidez não planejada e a insatisfação com a gravidez estiveram fortemente associados à inadequação do pré-natal. Paredes et al. (2005)²⁵ também encontrou associação significativa entre inadequação do pré-natal com gestação não desejada e paridade elevada. Ressalta-se que o planejamento familiar pode desencadear um melhor espaçamento entre as gestações, evitando gestações em mulheres de maior risco reprodutivo e gestações não planejadas, dessa forma, tornando-se uma das medidas para uma melhor adequação do pré-natal.

Quanto à etnia das puérperas, a associação para o número de consultas também não foi significativa neste estudo. Em uma pesquisa realizada²⁶ através da análise de cartões de pré-natal de 2.353 gestantes em atendimento em serviços de pré-natal de baixo risco do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, foi possível verificar que mulheres negras apresentaram menor adequação global do pré-natal, segundo parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Considerando a idade materna, em estudo²⁷ que avaliou o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu-CE, Brasil, as puérperas apresentaram média de idade de 23,8 anos, 36 (20,27%) eram solteiras e a maioria realizou quantidade satisfatória de

consultas pré-natais. O estudo de Ferreira et al. (2015)²⁸ corrobora com os achados de Gonçalves et al. (2013)²⁷, onde a idade média das mulheres foi de 23,7 anos, sendo a maioria casada e múltipara, com a realização de 6 a 10 consultas durante o pré-natal.

Evidencia-se que vários índices têm sido propostos para avaliar a adequação do uso da assistência pré-natal, sendo que todos levam em conta o número de consultas realizadas durante o pré-natal.^{22,26,29}

O estudo apresentou como limitação a não dosagem marcadores de bioquímicos para a confirmação do uso do tabaco pelas puérperas (e.g. nicotina sanguínea ou salivar, cotinina urinária). Ressalta-se que a amostra dessa pesquisa compreende puérperas tabagistas com hábitos e frequências diferenciadas, não apresentando controle específico em relação ao número de cigarros consumidos e/ou sobre o consumo específico ao longo de cada trimestre gestacional. No entanto, teve-se o cuidado de questionar para cada puérpera sobre o uso do tabaco durante o período gestacional, como um todo.

Conclusões

Estes resultados demonstram que o tabagismo durante a gestação está associado a condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, evidenciando a necessidade de um pré-natal adequado e cuidados mais intensos por profissionais de saúde para esta população. Constatamos uma associação negativa entre o hábito de fumar durante a gestação e o número de filhos prévios com o número de consultas durante o pré-natal. Por outro lado, a idade materna em anos se correlacionou positivamente ao número de consultas pré-natais.

Entende-se que o período gestacional é o momento ideal para a ação de profissionais de saúde na estimulação de cessação e de abandono do hábito tabágico pela gestante. Para isso, estratégias eficientes de intervenções diferenciadas deveriam ser desenvolvidas e direcionadas para este grupo de vulnerabilidade, amparando as suas necessidades. Adicionalmente, estas estratégias deveriam também incluir familiares e companheiros em grupos específicos de apoio, auxiliando a proteção de exposição passiva ao tabaco, bem como a conscientização dos mesmos para o apoio adequado às gestantes.

Referências

1. Salihu HM, Wilson RE. Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Hum Dev.* 2007;83(11):713-720.
2. Inamdar AS, Croucher RE, Chokhandre MK, Mashyakhy MH, Marinho VC. Maternal Smokeless Tobacco Use in Pregnancy and Adverse Health Outcomes in Newborns: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res.* 2015;17(9):1058-1066.
3. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cadernos de Saúde Pública.* 2015;31:1283-1297.
4. WHO. Building blocks for tobacco control: a handbook. World Health Organization; 2011 2011-01-11 13:42:10.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Abordagem e tratamento do Fumante - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo 2016 [Available from: <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/aceso-rapido/abordagem-e-tratamento-do-fumante>].
6. Araújo AJd, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAdA, Silva CARd, et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2004;30:S1-S76.
7. Motta GdCPd, Echer IC, Lucena AdF. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* 2010;18(4).
8. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007;12:477-486.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de julho de 2000; 2016.
10. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGNd, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2015;37:140-147.
11. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* 2004;4:269-279.
12. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGNd, Theme Filha MM, Costa JVd, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2014;30:S85-S100.
13. Martinelli KG, Santos Neto ETd, Gama SGNd, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2014;36:56-64.

INCIDÊNCIA DE TRAUMA MAMILAR NO PUERPÉRIO IMEDIATO

Incidence of nipple trauma in the immediate puerperium

Fernanda Gomes Amaro

Fisioterapeuta pela PUC Minas/
Betim.

E-mail: fernanda-tete@hotmail.com

Michele Jeremias Simão

Fisioterapeuta pela PUC Minas/
Betim.

E-mail: chel-sim@hotmail.com

Nicole de Oliveira Bernardes

Fisioterapeuta pela FCMMG;
Doutora em Tocoginecologia –
UNICAMP; Professora Adjunta no
Departamento de Fisioterapia da
PUC Minas.

E-mail: nicolebernardes@pucminas.
br

Resumo

Objetivo: Identificar a incidência de traumas mamilares em mulheres, atendidas pela fisioterapia em uma maternidade pública no município de Betim, durante o puerpério imediato. **Método:** Trata-se de um estudo de incidência, com análise de prontuários. As informações foram retiradas dos prontuários de mulheres avaliadas e atendidas pela fisioterapia durante o puerpério imediato. Foram coletados os dados de 2364 prontuários, no período de agosto de 2004 a novembro de 2012. O critério de exclusão foi a não informação da ocorrência de trauma mamilar (n=33), dessa forma, foram analisados 2331 prontuários. Resultado: As puérperas apresentaram média de idade de 24,7 anos ($\pm 6,0$ DP), eram predominantemente negras, solteiras e com segundo grau completo. Quanto aos dados obstétricos, a idade gestacional média foi de 39,07 semanas ($\pm 1,59$ DP), a maioria foi submetida ao parto vaginal, eram multíparas, realizaram o pré-natal e receberam orientações sobre a amamentação no pré-natal. A incidência de traumas mamilares foi de 13,9%. **Conclusão:** A incidência, avaliada através de prontuários, de traumas mamilares no puerpério imediato nas mulheres atendidas pela fisioterapia na Maternidade Pública Municipal de Betim Haydée Espejo Conroy foi baixa.

Palavras-chave: Trauma mamilar; Dor mamilar; Amamentação; Puerpério imediato.

Artigo Original

14. Till SR, Everetts D, Haas DM. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(12):CD009916.
15. Bernardi JR, Ferreira CF, Nunes M, da Silva CH, Bosa VL, Silveira PP, *et al.* Impact of perinatal different intrauterine environments on child growth and development in the first six months of life - IVAPSA birth cohort: rationale, design, and methods. *Bmc Pregnancy and Childbirth.* 2012;12.
16. Ribeiro ER, Guimarães AM, Bettiol H, Lima DD, Almeida ML, de Souza L, *et al.* Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9:31.
17. Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan.* 2009;24(3):175-188.
18. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública.* 2003;37:456-462.
19. Melo ECMRdO, Ricardo Hideki Nonaka, Thais Aida de Freitas Mathias. Factores relacionados al parto por cesárea, baja cobertura del prenatal y bajo peso al nacer. 2. 2013.
20. Rosa CQd, Silveira DSd, Costa JSd. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. *Revista de Saúde Pública.* 2014;48:977-984.
21. Leal MdC, Gama SGNd, Ratto KMN, Cunha CBd. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública.* 2004;20:S63-S72.
22. Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AA, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJ, *et al.* Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Braz J Med Biol Res.* 2007;40(9):1195-1202.
23. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MT. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2009;35(1):15-20.
24. Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsens M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med.* 2001;21(1):52-59.
25. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;88(2):168-172.
26. Domingues RMSM, Leal MdC, Hartz ZMdA, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2013;16:953-965.
27. Gonçalves MLC, Silva HOe, Oliveira TAd, Rodrigues LV, Campos ALdA. Sociodemographic and obstetric profile from pregnant women assisted in Iguatu - CE - doi: 10.5020/18061230.2012.s33.25. 2012.
28. Ferreira OC, Shinzato TH, Filho IP, Shimabuco LK, Jabbar MS, Aguiar OO, *et al.* A importância do pré-natal para o nascimento saudável em uma maternidade de Campo Grande - MS. 17. 2015.
29. Domingues RMSM, Hartz ZMdA, Dias MAB, Leal MdC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2012;28:425-437.

Abstract

Objective: identify the incidence of nipple trauma in women treated by physical therapy in a public hospital in the city of Betim/MG, during the immediate postpartum period. Methods: The data was taken from records of women during the immediate postpartum physical therapy and 2364 data records were collected from August 2004 to November 2012. The exclusion criteria was the absence of nipple trauma (n = 33) on the records. Results: 2331 data records were analyzed. Immediate postpartum women had a mean age of 24.7 years (± 6.0 SD), were predominantly black, single and high school graduates. The mean gestational age was 39.07 weeks (SD ± 1.59), the majority had vaginal delivery, were multiparous, underwent prenatal and received information about breastfeeding during the prenatal. Conclusion: the incidence of nipple trauma was considered low.

Keywords: Trauma mamilar; Dor mamilar; Amamentação; Puerpério imediato.

Introdução

No começo da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC trata de um conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso.¹ Para atender à condição de Hospital Amigo da Criança é necessário seguir alguns critérios globais, denominados “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Os Dez Passos são recomendações que guiam

as práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento ao longo do trabalho de parto e parto, durante a internação, no período pós-parto e no retorno ao domicílio. Informam sobre as vantagens e o manejo correto do aleitamento materno e sobre as desvantagens da utilização de mamadeiras e chupetas, e do uso dos substitutos do leite materno, entre outros.^{1,2}

Mesmo com a IHAC a prática do aleitamento materno está muito aquém da recomendada no Brasil. Segundo uma pesquisa realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, constatou-se que o tempo mediano de aleitamento materno exclusivo é de apenas 54,1 dias.^{1,3} Várias são as intercorrências que dificultam o sucesso desta prática, entre elas estão os traumas mamilares, sendo uma das principais causas de desmame precoce.⁴

Os traumas mamilares podem ser definidos como uma solução de continuidade da pele do mamilo, ou seja, consistem na ruptura do tecido epitelial que recobre o mamilo, podem ser classificados como: fissura, escoriação, erosão, dilaceração e vesículas, o que dificulta o processo de amamentação por ocasionar desconforto e dor às mães.^{5,6}

No início do aleitamento materno, a nutriz pode apresentar desconforto ou uma discreta dor nos mamilos. No entanto, a permanência dos mamilos dolorosos e/ou machucados, não são fatos normais e podem ser causados na maioria das vezes por uma técnica de amamentação inadequada – mau posicionamento da mãe ou do bebê, e/ou pega incorreta do bebê.⁷ Diversos autores relataram que uma das principais causas de ocorrência de traumas mamilares é uma sucção e pega inadequadas da criança durante a amamentação^{8,9,10,11}, decorrente da falta de orientação quanto a amamentação e/ou negligência da mesma. A intensidade e a duração da dor nos mamilos durante a amamentação, além de causar uma interferência, pode

causar alterações no humor, no sono e na atividade geral das puérperas.¹² Uma sucção eficiente está diretamente relacionada a um posicionamento adequado e uma boa pega, além de prevenir as lesões mamilares, protege a saúde do lactente, favorece a relação mãe-filho, estimula um adequado desenvolvimento maxilofacial e beneficia um adequado desenvolvimento intelectual, psicossocial e a acuidade visual do recém-nascido.⁶

O objetivo do presente estudo foi identificar a incidência de traumas mamilares em mulheres, atendidas pela fisioterapia em uma maternidade pública no município de Betim, durante o puerpério imediato.

Métodos

Trata-se de um estudo de incidência, com análise de prontuários. Os dados foram retirados dos prontuários de mulheres avaliadas e atendidas pela fisioterapia durante o puerpério imediato, na Maternidade Pública Municipal de Betim Haydée Espejo Conroy. Essas mulheres foram avaliadas por estagiários do Departamento de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Unidade Betim (PUC - Betim). A coleta dos dados foi autorizada pela professora responsável pela Clínica de Fisioterapia da PUC – Betim, e a mesma iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas (CAAE Nº16765113.2.0000.5137). Este estudo seguiu os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional Conselho de Saúde.

Foram coletados os dados de 2364 prontuários, de mulheres avaliadas pela fisioterapia durante o puerpério imediato, no período de agosto de 2004 a novembro de 2012. O critério de exclusão foi a não informação da ocorrência de trauma

mamilar (n=33), dessa forma, foram analisados um total de 2331 prontuários. A amostra foi obtida por conveniência e todas as informações foram retiradas dos prontuários das mesmas, que ficam arquivados no Ambulatório de Fisioterapia em Uroginecologia e Obstetrícia da Clínica de Fisioterapia da PUC Minas – Betim.

Os prontuários foram codificados numericamente, e seus dados foram registrados em um instrumento de coleta de dados, construído especialmente para a pesquisa. As variáveis coletadas foram àquelas relacionadas aos dados demográficos, à história obstétrica, à amamentação e aos tratamentos realizados. Os dados foram tabulados em um banco de dados estruturado no Microsoft Excel, sendo realizada dupla digitação, eliminando possíveis erros e garantindo confiabilidade.

Para a análise estatística aplicaram-se os testes qui-quadrado, t de Student e exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5% ($p = \leq 0,05$). Para análise descritiva foram realizadas medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão), frequência e porcentagem.

Resultados

Foram analisados 2331 prontuários de mulheres no puerpério imediato atendidas pela fisioterapia, sendo a média de idade de 24,7 anos ($\pm 6,0$ DP). Em relação aos dados demográficos, houve a predominância de mulheres negras, solteiras e que cursaram o segundo grau do ensino médio. Quanto aos dados obstétricos, eram na maioria múltiparas, foram submetidas ao parto vaginal, realizaram o pré-natal e receberam orientações sobre a amamentação no pré-natal. A idade gestacional (IG) média foi de 39,07 semanas ($\pm 1,59$ DP). Os dados demográficos e obstétricos são demonstrados nas Tabelas 1 e 2. Com relação à avaliação

das mamas, a maioria apresentou mamas simétricas e secretantes, aréolas pouco pigmentadas e os mamilos protrusos. Dessas mães, somente 22,5% apresentaram dificuldades durante a amamentação (Gráfico 1) e a presença ou ausência de trauma mamilar esteve relacionada à dificuldade de amamentação ($p < 0,0001$) (Gráfico 2). Considerando o valor total de mulheres, somente 13,9% desenvolveram traumas mamilares (Gráfico 3).

Gráfico 1: Queixas relacionadas a dificuldade para amamentar associada ao trauma mamilar.

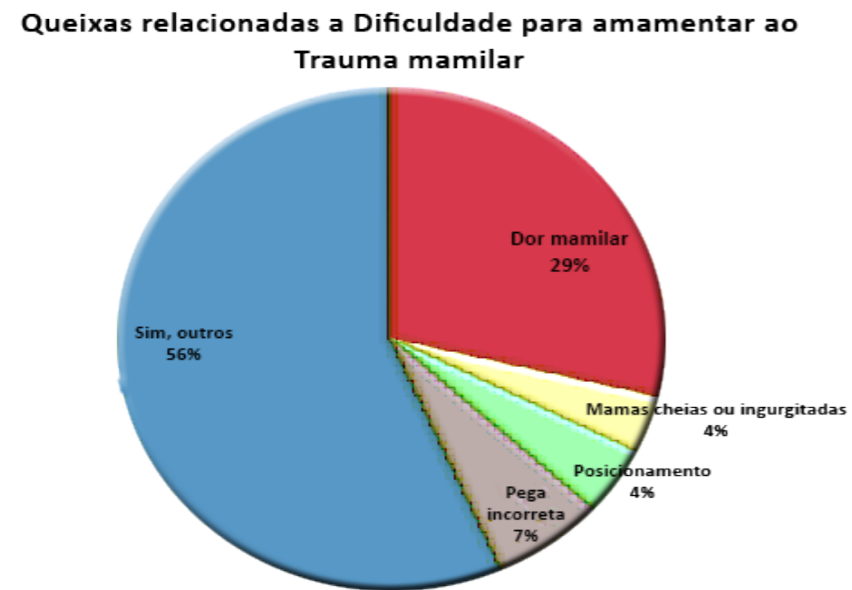


Gráfico 2: Associação entre dificuldades para amamentar e presença ou ausência de trauma mamilar.

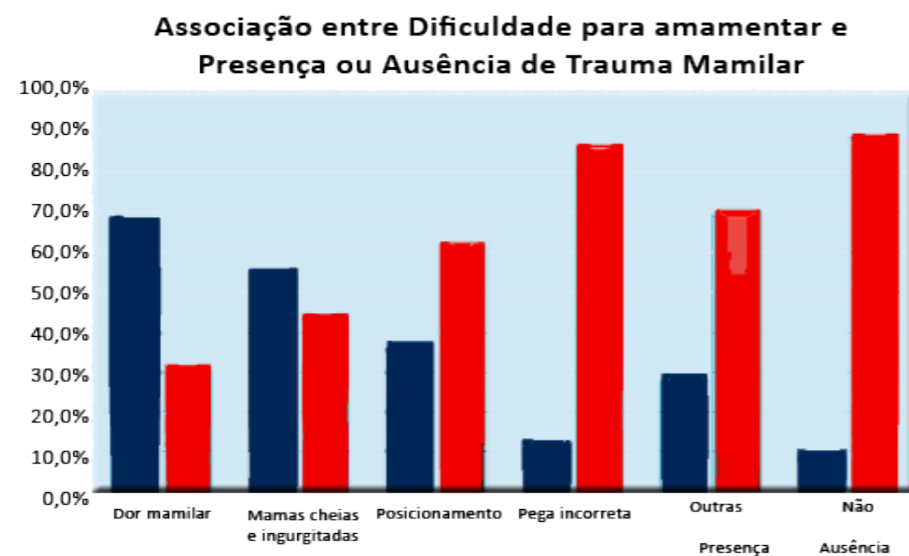


Gráfico 3: Incidência de traumas mamilares.



Em relação ao tipo de parto, houve diferença estatisticamente significativa, quando associada à cirurgia cesárea ao trauma mamilar ($p = 0,0008$), ou seja, a cirurgia cesárea esteve mais associada à presença de traumas mamilares do que o parto vaginal. Quanto ao aspecto das mamas, identificou-se que a maior incidência de lesões mamilares ocorreu em puérperas que tiveram aréolas pouco pigmentadas ($p = 0,0127$). As demais variáveis associadas ao trauma mamilar, não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Discussão

Neste estudo não foi observada diferença estatisticamente significativa, quando relacionados idade e estado civil ao trauma mamilar. Considerando a idade, não foram encontrados estudos que demonstrassem uma relação direta da mesma com a presença ou ausência de traumas mamilares. E, com relação ao estado civil McClellan e cols. (2012) e Coca e cols. (2009), relataram que mulheres solteiras apresentavam um maior número de lesões mamilares durante o puerpério imediato, do que aquelas casadas, provavelmente devido à insegurança e falta de contato afetivo durante o pré-parto, parto e pós-parto. Entretanto, supõe-se que, a presença ou ausência de um companheiro, pode não garantir, necessariamente, um melhor suporte e apoio, já que cada puérpera vive em diferentes contextos.

Diversos estudos relatam que quanto maior o nível de escolaridade, menor a ocorrência de trauma mamilar^{14,15}, porém, neste trabalho, esse fato não apresentou diferença estatisticamente significativa, ou seja, a escolaridade não influenciou a presença ou ausência de traumas mamilares.

Com relação à etnia, observou-se uma maior incidência de traumas mamilares em mulheres brancas se comparadas com as de pele negra ou amarela ($p = 0,0127$). Shimoda

e cols (2005) também relataram maior proporção de traumas mamilares entre as mulheres de pele clara^{9,16}. Ou seja, mulheres que tinham as aréolas pouco pigmentadas apresentaram mais trauma mamilar do que aquelas com aréolas mais pigmentadas. Fato que pode ser explicado pelas alterações fisiológicas da gravidez aonde há uma preparação fisiológica para a amamentação com um aumento da queratinização e da pigmentação das aréolas e mamilos¹⁷.

Quanto à paridade, o estudo encontrou uma maior incidência de lesões mamilares em primíparas, cerca de 16%, confirmando resultados encontrados na literatura^{4,8,9,14}. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre primíparas e múltíparas, provavelmente porque, em nosso estudo, a incidência de traumas mamilares foi baixa. A ocorrência de lesões em primíparas é mais comum e, possivelmente, pode ser explicada, pela inexperiência dessas em amamentar e pelo processo das mamadas em livre demanda estar acontecendo pela primeira vez.^{9,13}

Não foi encontrada relação significativa entre aquelas mulheres que realizaram o pré-natal e receberam orientações sobre a amamentação durante o pré-natal, e aquelas que não realizaram e não receberam orientações. Provavelmente, isso decorre do fato de que as orientações durante o pré-natal são importantes, mas é preciso criar vínculos, mais estreitos entre as gestantes e a equipe de saúde para reforçar a adesão e interesse das mesmas durante esse período.

Em relação à IG, as mães que tiveram um parto pré-termo (IG < 37 semanas), apresentaram uma menor incidência de lesão mamilar, quando comparada as mães que tiveram parto a termo (IG ≥ 37 semanas). Este resultado foi confirmado pelo estudo de Shimoda e cols (2005), que justificam a menor incidência de trauma mamilar em puérperas que tiveram partos pré-termo, devido uma menor força de sucção do bebê, diminuindo a demanda do tecido mamário;

e também pelo fato de que, muitos bebês pré-termo não mamam logo após o parto e permanecem dessa forma por algum tempo.

Quanto ao tipo de parto aos quais as puérperas foram submetidas, constatamos que essa variável foi relevante para o aparecimento de trauma mamilar ($p = 0,0008$). As mulheres que foram submetidas ao parto cesárea, apresentaram uma maior incidência de trauma mamilar, do que as mulheres que foram submetidas ao parto vaginal. Dado esse, que é corroborado pela literatura¹⁸. Shimoda e cols (2005) citam em seu artigo que as mulheres pós-cesárea relataram maior desconforto e maior intensidade de dor na incisão cirúrgica no pós-parto imediato, dificultando o posicionamento materno e do bebê durante a amamentação, interferindo na pega correta do recém-nascido. Assim, podemos inferir que o parto cesárea pode ser uma barreira para o sucesso do aleitamento materno.

A anatomia das mamas e dos mamilos não esteve associada à maior incidência de trauma mamilar ($p > 0,1231$ e $p > 0,6604$, respectivamente); ou seja, independentemente das mamas estarem simétricas e os mamilos serem protrusos, invertidos, planos ou hipertróficos, esse fato não interferiu no aparecimento do trauma mamilar. Dessa forma, a crença de que mulheres com mamas pequenas e mamilos planos ou invertidos não conseguem amamentar não se confirma. O que realmente determina e influencia o aparecimento do trauma é a pega inadequada do bebê às mamas.^{8,10}

Em nosso estudo, a maioria das mulheres que não tiveram trauma mamilar, não apresentaram dificuldades para amamentar ($p < 0,0001$). Das que apresentaram alguma dificuldade para amamentar associado ao trauma mamilar, a queixa mais frequente foi à dor mamilar, seguida de pega incorreta e posicionamento inadequado.

A incidência global de trauma mamilar encontrada foi baixa e mesmo a análise ano a ano, no decorrer dos 9 anos, não apresentou grandes variações. Entretanto, a literatura é escassa acerca deste dado, e em sua maioria variou de 11% a 96%, dependendo das variáveis dos estudos.¹³ Assim sendo, a dificuldade em achar um valor de referência que quantificasse a incidência aceitável do trauma mamilar no puerpério imediato pode ser considerada como uma limitação para o estudo.

O trabalho de educação em saúde, capacitação constante dos profissionais e atenção humanizada, desenvolvida pela maternidade reflete o resultado do nosso estudo, mostrando que as ações desenvolvidas foram e são efetivas na promoção do aleitamento materno durante puerpério imediato.

Considerações Finais

A baixa incidência de traumas mamilares no puerpério imediato nas mulheres atendidas pela fisioterapia na Maternidade Pública Municipal de Betim ocorreu, muito provavelmente, pelo trabalho que lá é desenvolvido há cerca de 18 anos. A valorização e o incentivo da amamentação, além do preparo de toda a equipe que lá atende para lidar com o aleitamento materno e suas dificuldades e desafios, reflete os resultados positivos desse trabalho.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 - Histórico e Implementação. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2010;86(5):441-444.
5. Silva AVFG, Sekiya SR, Coelho VM, Ribeiro VALG. Intercorrências. In: Silva AVFG e cols. Manual de aleitamento materno para serviços de saúde. Betim: Prefeitura Municipal de Betim; 1999. Caps. IV e V. p.47-83.
6. Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Problemas frequentes de aleitamento materno. In: Valdés V, Sánchez AP, Labbok M. Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. Cap. II. p.29-90.

7. Biancuzzo M. 2000 citado por Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2000;76(Supl.3):S238-S252.
8. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Revista da Escola de Enfermagem - USP*. 2009;43(2):446-452.
9. Shimoda GT, Silva IA, Santos JLF. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrízes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; Set-Out;58(5):529-34.
10. Weigert EM, Giugliani ER, França MC, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, Köhler CVF. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2005;81:310-316.
11. Joanna Briggs Institute. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals. 2009;13:17-20.
12. McClellan HL, Hepworth AR, Garbin CP, Rowan MK, Deacon J, Hartmann PE, Geddes DT. Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma. *Journal of Human Lactation*. 2012;28(4):511-521.
13. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Fatores associated with nipple trauma in the maternity unit. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(4):341-345.
14. Castro KF, Souto CMRM, Rugão TVC, Garcia TR, Bustorff LACV, Braga VAB. Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. *O Mundo da Saúde, São Paulo*: 2009;33(4):433-439.
15. Smith JW, Tully MR. Midwifery management of breastfeeding: using the evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2001; Nov-Dec;46(6):423-438.
16. Mohrbacher N, Stock J. *The breastfeeding answer book*. Revised edition. Illinois: La Leche League International; 1997:387-412.
17. Carneiro SCS, Azulay-Abulafia L. Skin in Pregnancy. *Rev Bras Reumatol*. 2005; mai./jun.;45(3):146-52.
18. Peres JAT. Uso da lisozima na fissura da mama puerperal. *Journal Bras. Ginecol*. 1980;90:317-319.

Anexos

Tabela 1: Características demográficas das puérperas atendidas pela fisioterapia (n=2331).

DADOS DEMOGRÁFICOS	N	%
Idade		
N	2331	---
Média	24,7	---
Desvio-padrão	6,0	---
Mediana	24	---
Estado Civil		
Solteira	1132	53,4%
Casada	963	45,4%
Separada/Divorciada	20	0,9%
Viúva	6	0,3%
Escolaridade		
Primeiro grau	577	45,7%
Segundo grau	630	49,9%
Terceiro grau	55	4,4%
Etnia		
Branca	311	30,9%
Negra	691	68,7%
Amarela	4	0,4%

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2: Dados obstétricos das puérperas atendidas pela fisioterapia (n = 2331).

(continua)

DADOS OBSTÉTRICOS	N	%
Paridade		
1	1108	48,0%
2 ou mais	1199	52,0%
Pré-natal		
Sim	1351	98,2%
Não	25	1,8%
Orientações no pré-natal		
Sim	960	71,4%
Não	384	28,6%
IG		
< 37	131	5,9%
≥ 37	2091	94,1%

Tabela 2: Dados obstétricos das puérperas atendidas pela fisioterapia (n = 2331).

(conclusão)

DADOS OBSTÉTRICOS	N	%
Parto		
Vaginal	1497	64,7%
Cesárea	744	32,2%
Fórceps	72	3,1%
Mamas Simétricas		
Sim	2218	96,2%
Não	87	3,8%
Mamas Secretantes		
Sim	2065	94,2%
Não	126	5,8%
Aréolas		
Pouco Pigmentadas	1118	57,0%
Pigmentadas	843	43,0%
Não pigmentadas	1	0,1%
Mamilos		
Protrusos	2072	90,0%
Invertidos	48	2,1%
Planos	157	6,8%
Hipertróficos	24	1,0%
Trauma Mamilar		
Sim	325	13,9%
Não	2006	86,1%
Dificuldades para amamentar		
Dor mamilar	57	2,6%
Mamas cheias ou ingurgitadas	9	0,4%
Recusa a amamentar	1	0,0%
Posicionamento	16	0,7%
Pega incorreta	70	3,2%
Outras	262	12,1%
Não	1744	80,8%
Tratamento		
Orientações quanto à amamentação	1726	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p189-199>

ENSINO PRESENCIAL E A DISTANCIA PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: UM ENSAIO CLÍNICO

Presencial teaching and to distance for continuing education of the nursing assistants and technicians: a clinical trial

Adriane das Neves Silva

Enfermeira. Aluna do Mestrado em Ensino na Saúde UFF/RJ-Brasil.

E-mail: adrianeneves@bol.com.br

Benedito Carlos Cordeiro

Farmacêutico. Docente do Mestrado Profissional em Ensino UFF/RJ-Brasil.

E-mail: bcordeiro@id.uff.br

Resumo

O objeto deste estudo é o uso das tecnologias da informação e da comunicação em programas de ensino para profissionais de enfermagem. Objetivou-se comparar o conhecimento adquirido pelos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem que utilizaram o ambiente virtual de aprendizagem e os que receberam treinamento presencial. Trata-se de pesquisa experimental, do tipo ensaio clínico não randomizado, com abordagem quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 32 auxiliares e técnicos de enfermagem, que foram divididos em dois grupos: caso controle, com 15 profissionais que realizaram o programa de ensino na modalidade presencial; grupo intervenção, com 17 sujeitos que fizeram o curso a distância. Os dados foram coletados por questionário de caracterização do sujeito e por instrumento de avaliação (pré e pós-teste), entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014. Os resultados mostram que houve aumento das notas finais em ambos os grupos, porém a evolução do grupo presencial foi mais significativa. Concluiu-se que o uso do ensino à distância nos programas de educação permanente em saúde representa um grande aliado ao processo de ensino e aprendizagem, contudo se faz necessário romper as limitações impetradas pelo uso de tecnologias da informação.

Palavras-chaves: Educação Continuada; Educação a Distância; Enfermagem; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Sistemas de Informação.

Abstract

The object of this study is the use of information and communication technologies in education programs for nurses. This study aimed to compare the knowledge acquired by nursing assistants and technicians who used the virtual learning environment professionals and those who received classroom training. This is an experimental research, the type nonrandomized clinical trial with a quantitative approach. The research subjects were 32 nursing assistants and technicians, who were divided into two groups: control case, with 15 professionals who completed the program of instruction in classroom mode; intervention group, with 17 subjects who took the course in the distance. Data were collected by questionnaire characterization of the subject and instrument evaluation (pre and post-test), between December 2013 and February 2014. The results show that there was an increase of final scores in both groups, but the evolution of classroom group was more significant. It was concluded that the use of distance learning in the continuing health education programs is a great ally to the teaching and learning process, however it is necessary to break through the limitations filed by the use of information technologies.

Keywords: Education, Continuing; Education; Distance; Nursing; Health Human Resource Training; Information Systems.

Introdução

As mudanças ocorridas no mundo contemporâneo têm exigido do profissional de saúde atualização constante de saberes, que possibilite o desenvolvimento de atitude crítico-reflexiva. Nesse contexto, se têm vivenciado os esforços das iniciativas de educação estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O acelerado desenvolvimento científico e tecnológico em nossa sociedade tem desencadeado transformações constantes nos espaços de trabalho, demandando profissionais com perfis mais abertos, capazes de adaptarem-se a mudanças e motivados a continuar aprendendo ao longo de suas vidas.¹ Este mesmo avanço tecnológico tem possibilitado o desenvolvimento de recursos interativos e de bases de informação, que potencializam a difusão de novos espaços e contextos de aprendizagem, como é o caso da educação à distância, abrindo perspectivas para a expansão do acesso à educação.

Apesar dos avanços, a educação ainda tem um espaço secundário nas práticas de saúde, cujas situações de aprendizagem informais persistem no seu cotidiano. Considerando o processo de formação em enfermagem, as mudanças que o setor saúde vem sofrendo, e os profissionais inseridos no universo da saúde, tornou-se necessário um movimento de preparação e desenvolvimento de competências e habilidades na categoria de enfermagem que acompanhe esse cenário.²

A enfermagem inserida na equipe multidisciplinar e representada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, vivenciando todo esse processo de mudança nos espaços de trabalho, precisa se firmar a partir de uma prática que além de integrar saberes, esteja permeada pelo desenvolvimento

de habilidades técnicas e de mudanças de atitudes.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como estratégia de transformação do trabalho no setor saúde, para que as unidades venham a ser um local de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.³

Para produzir mudanças se faz necessário que os profissionais sejam capazes de dialogar com as práticas de saúde e as concepções vigentes e problematizá-las, no concreto do trabalho de cada equipe, e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos do processo da reforma do sistema brasileiro de saúde.⁴ Assim, a efetividade da EPS vai depender de um trabalho coletivo, para a construção de saberes e práticas que venham a contribuir para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cada dia as tecnologias no ensino crescem e conseqüentemente aumentam as possibilidades de qualificação e capacitação, pois possibilitam compartilhar o conhecimento, tornando-o acessível a todos, além de permitir que o indivíduo reflita sobre possíveis soluções para os problemas encontrados no desenvolvimento de suas atividades laborais, bem como visualize a importância da capacitação para acompanhar a evolução da sociedade para aquisição de autonomia.

As diversas possibilidades de uso das tecnologias como ferramentas facilitadoras da aprendizagem despertaram o interesse pelo nosso objeto de estudo que traz a comparação entre profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem submetidos ao programa de ensino presencial e à distância, mediados pelo uso de tecnologias da informação e da comunicação. Apesar da

equipe de enfermagem ser composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares, a escolha da população para a proposta de ensino está na trajetória e experiência da pesquisadora direcionada ao ensino profissionalizante.

Dessa forma, a hipótese levantada por muitos autores e que deu embasamento ao estudo é se os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem que foram submetidos ao programa de ensino no ambiente virtual têm diferença significativa no aproveitamento do que aqueles submetidos ao ensino presencial.

Tal estudo apontou a necessidade de uma reflexão sobre os múltiplos aspectos que envolvem o uso das TIC na educação permanente. A escolha por desenvolver um estudo sobre o uso das estratégias educacionais viabilizadas por essas tecnologias ocorreu por motivações pessoais e profissionais da autora principal, a partir de uma inquietação ao ministrar conteúdos para a capacitação dos profissionais de enfermagem. E, ainda, por motivações ideológica, dada a oportunidade de conhecer a educação dialógica e problematizadora que o ambiente virtual de aprendizagem (AVA) permite. Além disso, a educação como uma ação emancipatória deve articular e mobilizar os sujeitos para que os mesmos sejam capazes de mudanças.

Assim, a Enfermagem, inserida num mundo de aceleradas mudanças, enfrenta grandes desafios, visto que, ao mesmo tempo em que vivencia as transformações relacionadas às TIC, objetiva ampliar e edificar o capital intelectual da profissão no desenvolvimento de sua prática no ensino.

O estudo tem como objetivo: comparar o conhecimento apreendido pelos auxiliares e técnicos de enfermagem que utilizaram um ambiente virtual de aprendizagem com aqueles que receberam treinamento presencial.

Método

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado, de abordagem quantitativa, que visa comparar o conhecimento apreendido pelos auxiliares e técnicos de enfermagem que utilizaram AVA e os que receberam treinamento presencial.

Na pesquisa quantitativa que tem suas raízes no positivismo lógico, as teorias são usadas dedutivamente como base para a geração de explicações que são testadas empiricamente. Por outro lado, na pesquisa qualitativa, o pesquisador pode procurar explicações de como ou por que um fenômeno existe como base para o desenvolvimento de uma teoria fundamentada em experiência vivencial.⁵

A amostra foi constituída de 32 profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, escolhidos por desenvolverem os mesmos cuidados quanto à administração de medicamentos, já que atualmente todos os programas de educação que o hospital desenvolve abarcam as duas categorias sem distinção.

Os participantes foram divididos em dois grupos, de acordo com a opção do profissional em participar do curso à distância ou presencial. O grupo presencial foi composto por profissionais que realizaram o programa de ensino na unidade, no horário de trabalho, no período de duas a três horas; o grupo que realizou o curso a distância foi composto por profissionais que realizaram o programa de ensino, no horário de trabalho, no período estipulado por ele via computador.

Depois de esclarecidos os objetivos do estudo, bem como o respeito à privacidade e o anonimato de todos os participantes, foi feita a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário para

caracterização da população estudada; e outro contendo um pré-teste e um pós-teste acerca do conhecimento sobre administração de medicamentos, elaborados pela pesquisadora.

O treinamento presencial foi realizado em duas turmas, sendo uma durante a semana (quinta-feira) e outra no final de semana (Sábado), foi utilizada todas as quintas-feiras e sábados dos meses de Dezembro de 2013 a Fevereiro de 2014 na sala de treinamento do hospital e no mês de Fevereiro em uma sala alugada pelos pesquisadores. As aulas dos meses de Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014 tiveram duração de 2 horas. Já as que foram realizadas no mês de fevereiro de 2014, tiveram a duração de 3 horas, perfazendo uma carga horária de 30 horas.

De modo semelhante, o grupo à distância que participou do programa de ensino no AVA, após o término das aulas acessou o pós-teste. O programa de ensino via computador, foi realizado no momento em que a participante achasse conveniente, no mesmo período do grupo presencial e com a mesma carga horária estipulada. Além do acesso na unidade, o programa de ensino também foi disponibilizado para ser acessado na residência.

Para desenvolvimento do curso, os grupos receberam o mesmo conteúdo, o qual foi disponibilizado em formato Portable Document Format (PDF). O pré-teste foi aplicado anterior ao início do curso e, após o término, o mesmo instrumento foi aplicado sob a forma de pós-teste. O questionário utilizado no pré e pós-teste foi composto de 15 questões fechadas sobre boas práticas de administração de medicamentos.

A análise dos dados, visando atender aos objetivos propostos, foi realizada por meio de recursos didáticos do ensino presencial (pré-teste e pós-teste) e das ferramentas do ambiente virtual, cujos dados foram armazenados em um banco de dados no Microsoft Excel®. As diferenças

entre as médias obtidas no pré e pós-teste foram testadas por modelo de análise de variância para medidas repetidas (ANOVA), a qual leva em consideração que o mesmo participante foi avaliado mais de uma vez.

O ANOVA é um método estatístico usado para testar as diferenças das médias de grupos, cuja estatística computada é a proporção, no intuito de verificar se as médias entre os grupos e momentos foram ou não significativamente diferentes.

Para análise dos dados foi considerado a nota final da avaliação de cada participante no pré e pós-teste de ambos os grupos. Para os testes estatísticos assumiu-se um nível de significância de 0,05, equivalente a um intervalo de confiança de 95%.

Para estudar quais foram as diferenças significantes, foi utilizado o método de comparações múltiplas pelo método de Tukey, que compara as médias dos grupos duas a duas.

Para se verificar as hipóteses de uso do teste, se realizou uma análise dos resíduos que mostrou a adequação à distribuição normal e também o teste *Box-M* para a matriz de covariância.

Os resultados estão apresentados em tabelas com medidas descritivas (médias, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo) e medidas de dispersão.

Resultados

Os sujeitos do estudo somaram 32 auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo 15 (46,9%) do grupo controle, participantes do programa presencial, e 17 (53,1%) do grupo intervenção, participantes do programa de ensino no ambiente virtual. A caracterização dos grupos foi dividida sob quatro aspectos: dados demográficos (idade e sexo), dados profissionais, conhecimento prévio em informática e participação de cursos via computador, os quais estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo quanto à idade, sexo, tempo de atuação e conhecimento prévio em informática. Rio de Janeiro, 2014.

(continua)

Dados caracterizadores	Grupo presencial		Grupo à distância	
	f	%	f	%
Idade (anos)				
20-29	1	6,7	2	11,8
30-39	2	13,3	5	29,4
40-49	5	33,3	7	41,2
50-59	4	26,7	3	17,6
+60	3	20,0	0	0,0
Sexo				
Feminino	15	100,0	14	82,4
Masculino	0	0,0	3	17,6

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo quanto à idade, sexo, tempo de atuação e conhecimento prévio em informática. Rio de Janeiro, 2014.

(conclusão)

Dados caracterizadores	Grupo presencial		Grupo à distância	
	f	%	f	%
Tempo de atuação na Enfermagem				
0 – 02 anos	-	-	-	-
3 – 05 anos	-	-	2	11,8
6 – 10 anos	1	6,7	2	11,8
11 – 15 anos	2	13,3	3	17,6
+ de 16 anos	12	80,0	10	58,8
Tempo de Serviço Público				
0 – 02 anos	-	-	-	-
3 – 05 anos	1	6,7	3	17,6
6 – 10 anos	-	-	2	11,8
11 – 15 anos	2	13,3	2	11,8
+ de 16 anos	12	80,0	10	58,8
Conhecimento Prévio em Informática				
Tem conhecimento				
Sim	10	66,7	15	88,2
Não	5	33,3	2	13,3
Fez algum curso via computador				
Sim	3	20,0	10	58,8
Não	12	80,0	7	41,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No grupo controle, a maioria dos participantes tinha entre 40-59 anos, 9 (60,0%), enquanto no grupo intervenção entre 30-49 anos, 12 (70,6%). Nesta faixa etária encontram-se técnicos e auxiliares experientes na profissão, fato que pode influenciar os resultados do estudo.

Os dados relativos à distribuição dos participantes por gênero confirmam a prevalência do sexo feminino nos dois grupos, com percentual superior a 80,0%. Fica corroborada a hegemonia feminina na profissão, conforme apresentada por dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que contabiliza mais de 87,0% de mulheres entre os profissionais de enfermagem do Brasil.⁶

O tempo de profissão e de serviço público também foi investigado, a fim de se verificar o tempo de atuação na enfermagem e no serviço público e quantos deles estavam afastados de cursos de atualização e aperfeiçoamento.

Observou-se predominância de profissionais com mais de 16 anos de atuação na enfermagem e tempo de serviço público. Esse achado possibilita inferir que com as mudanças no setor saúde, o tempo de profissão impõe a busca por aperfeiçoamento e capacitação permanente.

A fragilidade do modelo hegemônico tem contribuído para o desinteresse dos profissionais, falta de responsabilidade e compromisso com o outro, sendo essencial pensar

em um método de ensino que leve a uma prática libertadora. A educação permanente busca romper com as práticas hegemônicas, promovendo mudanças no cenário da saúde, na proposta de aprendizagem no trabalho, cujo conhecimento vai sendo construído a partir das experiências dos trabalhadores e do local onde estão inseridos.⁷

A EPS surge como uma alternativa que incorpora saberes e práticas, propondo uma educação para a transformação das práticas profissionais, contrapondo a dicotomia entre a formação e a prática, que vem por anos contribuindo para uma assistência fragmentada e tecnicista que, para Freire, é uma educação que aliena e oprime, não propõe o desvelamento do mundo.⁸

No que tange ao conhecimento prévio de informática dos participantes, o que poderia influenciar tanto na escolha da metodologia a ser utilizada como na utilização do ambiente virtual, observou-se que a maioria dos participantes dos dois grupos possuía: 10; (66,7%), no controle, e 15 (88,2%) na intervenção. No que diz respeito à realização de cursos via computador, 13 (40,6%) profissionais já participaram.

Em estudo realizado com 25 alunos que utilizaram o ambiente virtual de aprendizagem obteve-se resultados semelhantes, 22 participantes (88%) afirmaram ter conhecimento prévio em informática, e apenas três (12%) informaram não ter o conhecimento para a utilização do computador.⁹ Em outro estudo, com amostra de 10 participantes, 6 (60%) já haviam participado de outro curso online.¹⁰

Pode-se verificar o interesse pela atualização por parte dos profissionais que já atuam há bastante tempo na profissão. Além disso, a incorporação das novas TIC no programa de ensino permitiu que aqueles que, por falta de tempo, não conseguiam participar dos treinamentos tivessem a oportunidade.

No que tange aos resultados obtidos na avaliação (pré e pós-teste), na Tabela 2 apresentam-se as medidas descritivas para as notas de ambos os grupos no momento da avaliação, enquanto na Tabela 3 encontram-se as medidas de resumo para a evolução da nota, obtidas por meio da subtração do resultado do pré-teste pelo do pós-teste.

Tabela 2 – Medidas resumo para as notas entre os grupos avaliados. Rio de Janeiro, 2014.

Grupo	Momento	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	n
Presencial	Pré-teste	6,97	7,2	1,42	4,6	9,3	15
	Pós-teste	8,87	9	0,61	7,9	10	15
À Distância	Pré-teste	8,35	8,6	1,23	6,6	10	17
	Pós-teste	8,9	8,6	0,81	7,2	10	17

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Tabela 3 - Medidas resumo para a evolução das notas entre os grupos avaliados. Rio de Janeiro, 2014.

Grupo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	n
Presencial	1,9	2	1,56	0	4,7	15
À Distância	0,55	0	1,07	-1,4	2,7	17

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Considerando o objetivo do estudo, que é comparar o conhecimento apreendido pelos auxiliares e técnicos de enfermagem que receberam treinamento presencial e os que utilizaram AVA, é possível observar a tendência no aumento da nota final em ambos os métodos, o que mostra que o uso do AVA como estratégia de aprendizagem contribui tanto quanto o presencial.

As estratégias de aprendizagem são procedimentos utilizados pelos indivíduos durante as atividades de ensino, que podem ser modificadas em treinamento com o intuito de aumentar a efetividade da aprendizagem em uma atividade ou ambiente específico. Isto significa dizer que não existem estratégias melhores, mas sim estratégias adequadas ao tipo de atividade a ser aprendida.¹¹ O uso das TIC nos processos educacionais podem aperfeiçoar recursos, multiplicar resultados e melhorar a qualidade do ensino.¹²

Ao considerar os dados obtidos nas Tabelas 2 e 3, pode-se constatar que ambos os métodos contribuem para a formação continuada, já que os participantes apresentaram nota maior no pós-teste. No entanto, se observou maiores notas para o grupo controle, que concluiu o curso em modalidade presencial.

A utilização da informática no ensino de enfermagem permite ao profissional acesso a diversos conteúdos para atualização constante; ensinar a distância é democratizar o saber.¹³ Para Freire⁸, não é no silêncio que os homens se fazem, há necessidade da relação dialógica nas relações do homem para a práxis transformadora.

O resultado da análise de variância encontra-se na Tabela 4. A informação de decisão é o nível descritivo¹ da interação, cujo valor ($p=0,007$) aponta para existência de interação significativa entre grupo e momento. Isto é, a evolução das notas foi significativamente diferente entre os dois grupos: o presencial teve uma evolução média maior que o ensino a distância.

Tabela 4 – Análise de variância para as notas obtidas nos grupos avaliados no pré e pós-teste. Rio de Janeiro, 2014.

Fonte	Soma de quadrados	Graus de liberdade	Quadrados médios	Estatística F	Nível Descritivo
Grupo	7,81	1	7,81	5,61	0,025
Error	41,81	30	1,39		
Momento	23,97	1	23,97	27,33	0,000
Momento*Grupo	7,23	1	7,23	8,24	0,007
Error	26,31	30	0,88		

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Para estudar quais foram as diferenças significantes, foi utilizado o método de Comparações Múltiplas pelo método de Tukey. Na **Tabela 5** observa-se que a média do grupo presencial no pré-teste é diferente de todas as outras, assim têm-se que:

- A evolução do grupo presencial foi significativa;
- A evolução do grupo a distância não foi significativa;
- No momento inicial observa-se diferença significativa entre os grupos;
- No momento final não se observa diferença significativa entre os grupos.

¹ O nível descritivo de um teste (também conhecido como p-value ou p-valor) é a probabilidade de se cometer um erro ao se rejeitar a hipótese, sendo esta verdadeira. Na maioria dos testes, a hipótese testada é a hipótese de igualdade, no caso acima, a hipótese é que as variâncias dos grupos sejam todas iguais.

Após emprego da análise de resíduos e do teste Box-M, encontrou-se o nível descritivo de 0,2773, o que confirma a hipótese, fazendo com que as suposições de utilização da ANOVA fossem satisfeitas.

Tabela 5 – Comparação múltipla das notas obtidas nos testes pelo método de Tukey. Rio de Janeiro, 2014.

Grupo	Momento	Presencial		À distância	
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Presencial	Pré-teste		0,0002	0,0033	0,0002
	Pós-teste	0,0002		0,5082	0,9999
À distância	Pré-teste	0,0033	0,5082		0,3308
	Pós-teste	0,0002	0,9999	0,3308	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Ao comparar o programa de ensino presencial com o a distância, podemos observar que ambas as modalidades foram eficazes, pois as médias dos participantes em ambos os grupos aumentaram, o que demonstra apreensão de conteúdo. O *e-learning* é uma estratégia que tem sido adotada pelas organizações para treinar e capacitar os profissionais, aumentando, por meio da gestão do conhecimento, o capital intelectual dentro da empresa.¹⁴

Considerações Finais

Os dados apontam que ao longo do ambos os grupos presencial e a distância tiveram um bom crescimento, pois demonstraram que o acerto médio final nos dois grupos foi similar. Individualmente, as notas dos participantes no AVA mostram como a tecnologia educacional é fundamental, pois permitiu visualizar os recursos que a informática traz para o desenvolvimento de potencialidades no sujeito. Contudo, os dados apontam para um maior aumento nas notas do grupo presencial, embora se deva destacar que a média inicial desse grupo mostrou-se mais baixa que a do grupo de intervenção, este fato se deve por uma lógica do processo. Ademais, o ensino permeado pela tecnologia traz a limitação quanto ao conhecimento do uso do computador, o que pode ter influenciado os resultados.

Assim, o uso do ensino a distância nos programas de EPS poderá representar um grande aliado ao processo de ensino e aprendizagem, na medida em que as dificuldades quanto ao uso de tecnologias da informação sejam superadas. O ambiente virtual permite ao aluno a busca do conhecimento para o desenvolvimento de competências, que abre novos caminhos para a construção de novos saberes.

Tendo em vista a estreita relação entre a qualidade do cuidado prestado e a formação e atualização dos profissionais de enfermagem, espera-se maior investimento na qualificação dos profissionais. Dessa forma, faz-se necessário sensibilizar os gestores para a importância do desenvolvimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem, e para a criação de um projeto educacional que contemple o uso da tecnologia.

O estudo pretendeu provocar reflexões acerca das novas possibilidades educacionais para o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem, a partir da criação de uma nova cultura de aprendizado, contribuindo para que o ensino técnico seja mais participativo, isto é, o profissional visto como sujeito ativo do processo.

Esta pesquisa não esgota as diversas possibilidades de investigação sobre o objeto deste estudo, apenas aborda aspectos relevantes para repensar e estabelecer a abertura de um novo olhar, a construção de uma estrutura permeada por tecnologias educacionais, não só para

auxiliar no processo ensino/aprendizagem, mas que contribua para o desenvolvimento de futuros profissionais.

Espera-se que esta pesquisa proporcione a reflexão sobre a importância da qualificação dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, que representam o maior quantitativo de trabalhadores de enfermagem, contribuindo para que eles reflitam o seu fazer. Para isso será preciso romper com paradigmas tradicionais, a partir de novas experiências de aprendizagem, que contemplem a incorporação dos recursos tecnológicos no ensino de enfermagem.

Referências

1. Struchiner M, Giannella TR. Novas Tecnologias de Informação e Comunicação na formação de recursos humanos em Saúde. In: Monteiro S, Vargas E (Orgs.). Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.129-40.
2. Goés FSN, Camargo RAA. As novas tecnologias no processo de ensino e aprendizagem na educação profissional de nível médio em enfermagem. In: SIED:EnPED 2012: Anais do Anais do Simpósio Internacional de Educação a Distância e Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância; 2012 Set 10-22; São Carlos (SP): UFSCar; 2012
3. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc Saúde coletiva*. 2005; 10(4):975-86
4. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface comun saúde educ*. 2004 Set/2005 Fev; 9(16):161-7.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
6. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Comissão de Business Intelligence Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília: COFEN; 2011.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. Aguiar RV. Desenvolvimento, implementação e avaliação de um ambiente virtual de aprendizagem em um curso profissionalizante de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
10. Figueiredo MA. Educação à distância na informação em saúde: o ensino do EPI. INFO [dissertação] Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
11. Zerbini T, Carvalho RS, Abbad G. Treinamento a distância via internet: construção e validação de escala de estratégias de aprendizagem. In: EnANPAD 2005: Anais do 29º Encontro da Associação Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração [CD ROOM]; 2005 Set 17-21; Brasília: ENAMPAD; 2005.
12. Belloni ML. Ensaio sobre a educação a distância no Brasil. *Educ. Soc.* [Internet] 2002 [citado 2014 Jan 1]; 23(78):117-142.
13. Souza AM, Lira JA. Concepções Freireanas sobre as TICs e a Educação à Distância [Internet]. In: 3º Simpósio Hipertexto e Tecnologias na Educação 2010: Anais; 2010 Dez 2-3 [citado 2013 Jun 2]; Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010. Disponível em: <http://www.ufpe.br/nehete/simposio/anais/Anais-Hipertexto-2010/Avanisia-Souza.pdf>
14. Paladino Y, Peres HHC. E-learning: estudo comparativo da apreensão do conhecimento entre enfermeiros. *Rev Latino-Am Enfermagem (Online)*. 2007 Mai-Jun [citado 2014 jun 23]; 15(3). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421874006>

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p201-210>

VIOLÊNCIA DE GÊNERO: ENFRENTAMENTO SOB A PERSPECTIVA DOS MECANISMOS NECESSÁRIOS À SUPERÇÃO DE VULNERABILIDADES.

Gender-based violence: coping from the perspective of the mechanisms required to overcome vulnerabilities.

Raiane Fidelis Baêta

Acadêmica de Direito. Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

E-mail: raianebaeta@yahoo.com.br

João Becon de Almeida Neto

Doutorando em Bioética e Saúde Coletiva (PPGBIOS - UFF/UERJ/UFRJ/FIOCRUZ). Professor da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

E-mail: jbecon@gmail.com

Resumo

A violência de gênero está intimamente ligada à dominação decorrente da desigualdade de gêneros característica das sociedades patriarcais e é um problema grave e recorrente na sociedade brasileira. Tal problema tem sido enfrentado pelo Estado através da criminalização de condutas e do aumento do rigor penal, como se observa na recente criação da Lei 13104/2015, que insere a categoria feminicídio no Código Penal Brasileiro, enquanto qualificadora do crime de homicídio, dando continuidade à produção legislativa de combate à violência contra a mulher iniciada com a Lei Maria da Penha. Diante da complexidade do problema da violência de gênero e a sua interseccionalidade com diversos contextos socioeconômicos, o presente artigo procura questionar a superficialidade do tratamento até então dado à questão, sob a perspectiva do reconhecimento das vulnerabilidades advindas desses contextos e dos mecanismos adequados à sua superação.

Palavras-chave: Violência de Gênero; Vulnerabilidades; Empoderamento; Direitos Fundamentais; Feminismo.

Abstract

Gender-based violence is deeply connected to domination resulting from gender inequality, a distinctive trace of patriarchal societies, and is a serious and recurrent problem in Brazilian society. This problem has been faced by the State through the criminalization of conducts and increasing criminal severity. In this context, the law 13104/2015 was recently created, inserting the term feminicide as a qualifying aspect of homicide, continuing the series of laws created to prevent gender-based violence, initiated by the law Maria da Penha. Given the complexity of gender-based violence and its intersectionality with various socioeconomic backgrounds, this article seeks to question the superficiality of the treatment given to the issue, from the perspective of the vulnerabilities resulting from these backgrounds and of the appropriate mechanisms to overcome them.

Keywords: Gender-based violence; Vulnerabilities; Empowerment; Fundamental Rights; Feminism.

Introdução

Como traço estrutural de uma sociedade patriarcal, em que a desigualdade entre os gêneros se manifesta através da dominação empreendida pelo masculino, a violência neste campo é a expressão máxima das diversas formas simultâneas de opressão sofrida pelas mulheres como forma de manutenção dessa dominação, caracterizadas pela discriminação, exclusão e exploração.¹ A violência contra a mulher surge, nesse contexto, como mecanismo de sujeição do comportamento feminino

às imposições da sociedade patriarcal e punição dos desvios no comportamento esperado.

Tendo sido reconhecida como um problema merecedor da atenção do Estado, inclusive através da assinatura de tratados internacionais que visam o combate e a erradicação da violência de gênero, a questão tem sido enfrentada até então, principalmente pela via do direito penal, através da criminalização.

Seguindo a trajetória iniciada em 2006, pela criação da Lei Maria da Penha², em 2015 foi criada a Lei 13.104³, que introduziu a categoria feminicídio no Código Penal Brasileiro, enquanto qualificadora do crime de homicídio, como forma de combater à impunidade nos crimes relacionados à violência de gênero e reconhecê-los na forma da lei. Cabe lembrar que o projeto de lei⁴ fora apresentado pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre Violência Contra a Mulher no Brasil como um dos resultados apontados no seu relatório final, que apontava entre outras mudança na própria Lei Maria da Penha, em leis educacionais, bem como ligadas a seguridade social. Apesar de o relatório apontar que instituições ligadas a segurança pública não estavam qualificadas para atender as vítimas, ilustrando com casos e histórias de mulheres vítimas de agressões não só físicas, ele justifica a propositura do projeto tendo em vista o crescente índice de casos envolvendo assassinato de mulheres em contexto de violência gênero.⁵ Comenta ainda que

O feminicídio é a instância última de controle da mulher pelo homem: o controle da vida e da morte. Ele se expressa como afirmação irrestrita de posse, igualando a mulher a um objeto, quando cometido por parceiro ou ex-parceiro; como subjugação da intimidade e da sexualidade da mulher, por meio da violência sexual associada ao assassinato; como destruição da identidade

da mulher, pela mutilação ou desfiguração de seu corpo; como aviltamento da dignidade da mulher, submetendo-a a tortura ou a tratamento cruel ou degradante.

[...]

A importância de tipificar o feminicídio é reconhecer, na forma da lei, que mulheres estão sendo mortas pela razão de serem mulheres, expondo a fratura da desigualdade de gênero que persiste em nossa sociedade (...).^{5:1003-1004}

Considerando, entretanto, a complexidade do problema da violência de gênero, este artigo procura demonstrar como a resposta unicamente através da criação legislativa penal e do aumento do rigor das sanções possui caráter reducionista, tendo em vista as vulnerabilidades ocultas sob o tratamento da questão dado pelo sistema penal, que age apenas sobre as consequências do conflito e ignora desvios estruturais. Será realizada uma análise da violência de gênero da perspectiva da sua complexidade advinda dos diversos contextos que com ela se relacionam e as vulnerabilidades originadas desses contextos, bem como a possibilidade da construção de políticas afirmativas, como alternativa à política criminal, que combatam o problema a partir da promoção dos direitos fundamentais e do empoderamento das mulheres, bem como da igualdade de gêneros.

O enfrentamento da violência de gênero através da intervenção penal no ordenamento brasileiro

O processo de publicização da violência contra a mulher insere-se num contexto de luta, principalmente por parte do movimento feminista, pelo rompimento

de estruturas que naturalizam o problema da violência de gênero, de modo a trazer para o domínio público um problema antes relegado ao âmbito privado, por acontecer, principalmente, no âmbito das relações íntimas e familiares.

Ocorre que, mais do que desocultar a violência de gênero tornando-a um problema público e merecedor da atenção do Estado, buscou-se a imediata conversão desse problema em um problema penal, através de demandas criminalizadoras, elegendo-se o sistema penal como mecanismo por excelência para trazer proteção às vítimas e dar visibilidade ao problema⁶, atuando de forma simbólica na defesa de grupos sociais considerados vulneráveis.

A violência contra a mulher, característica das sociedades em que as relações entre os gêneros são desiguais e hierarquizadas e em que os padrões sociais e institucionais legitimam a dominação masculina, é um problema recorrente na sociedade brasileira e tem sido abordada pelo Estado e pelo sistema penal através de legislações que prometem conferir maior proteção às mulheres e combater a impunidade.

Diante dos compromissos assinados pelo Brasil no âmbito internacional, no sentido de coibir e erradicar a violência de gênero, bem como punir os crimes a ela relacionados, e dando continuidade à trajetória iniciada pela Lei Maria da Penha, criada há dez anos, foi montada, em 2013, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para discutir e investigar a violência contra a mulher no Brasil, conforme exposto anteriormente.

O termo feminicídio, cunhado pela teoria feminista, designa a morte de mulheres por questões associadas ao gênero e possui características ligadas a um contexto de dominação e violência que o diferem do homicídio comum.⁷ A redação introduzida no Código Penal pela Lei 13.104/2015 determina que o

feminicídio é praticado contra a mulher, por razões da condição do sexo feminino, tendo considerado que essas razões incluem os contextos de violência doméstica e familiar e de menosprezo ou discriminação à condição de mulher. O projeto do qual se originou a referida lei ressaltou sua importância, no sentido de reconhecer, na forma da lei os assassinatos motivados por questões de gênero. Considerou, ainda, que a violência de gênero decorre de uma estrutura de desigualdade de gêneros e que o feminicídio seria uma expressão extremada dessa violência, constituindo um crime de ódio, “justificado socioculturalmente por uma história de dominação da mulher pelo homem e estimulado pela impunidade e indiferença da sociedade e do Estado.”^{5:1003}

O que se observa é que, embora tenham sido considerados aspectos como os contextos que se relacionam com a violência de gênero, a discriminação, a dominação, e a justificativa sociocultural desses aspectos, a solução apresentada para um problema que envolve todas essas complexidades é o aumento do rigor penal, ou seja, procurou-se agir neutralizando as consequências, e não as causas do conflito.

Ocorre que a alteração legislativa criada possui, na verdade, caráter meramente simbólico, visto que o combate à impunidade por si só não produz resultados eficazes no enfrentamento da questão, uma vez que a violência de gênero deriva de um conflito social de raízes complexas e multifacetadas. Tomando como base o exemplo da aplicação da própria Lei Maria da Penha², é possível afirmar que a edição de uma lei que visa a combater a impunidade dos crimes que envolvem violência de gênero, não obstante as medidas integradas de prevenção da violência contra a mulher e de assistência à mulher em situação de violência, não necessariamente significa uma diminuição desses crimes. Em estudo realizado pelo Ipea, constatou que não houve real redução das taxas anuais de

mortalidade de mulheres por agressões relacionadas à violência de gênero, comparando-se os períodos antes e depois da vigência da Lei. As taxas de mortalidade por 100 mil mulheres foram de 5,28 no período 2001-2006 (antes da vigência da Lei) e 5,22 em 2007-2011 (depois da vigência da Lei).⁸

Esses dados comprovam que, submeter um problema social à mediação da Política Criminal não resulta necessariamente na prevenção efetiva da criminalidade e permite vislumbrar que a resposta reativa produzida pela intervenção penal, tendo em vista que não alcança as bases do conflito, produz uma simplificação que impede que se enfrente o problema da violência de gênero de maneira aprofundada, ou seja, que se procure primeiramente transformar as estruturas das quais ela decorre, além de ignorar as particularidades da sua incidência em diferentes contextos sociais. O que quer se chamar atenção neste contexto é que as instituições de direito frente ao conflito só possuem ferramentas reativas que no contexto da violência de gênero procuram “nivelar” ao inverso a desigualdade entre agressor e vítima. Tal situação, acaba por estimular a imagem de frágil ou de vulnerabilidade da mulher, já que necessita da manutenção desse (re)nivelamento que as próprias instituições não conseguem dar conta. O resultado é a própria reação dos agressores de (re)afirmação dos seus discursos, do que propriamente dito ressignificação ou alguma expressão de alteridade.

Violência de gênero e camadas de vulnerabilidade

A violência de gênero atinge diferentes grupos de mulheres de diferentes maneiras, tendo em vista que a dominação empreendida pela sociedade

patriarcal sobre o comportamento feminino afeta as mulheres também de forma diferenciada, o que ocorre tendo em vista as vulnerabilidades presentes conforme os diferentes contextos sociais. Para abordar essa complexidade, será utilizado a noção de camadas de vulnerabilidade, que rejeita a ideia de vulnerabilidade como uma categoria inflexível, delineando grupos vulneráveis com pretensa homogeneidade.⁹

Em sentido inverso, entender que as mulheres constituem um grupo vulnerável em relação à violência de gênero seria uma compreensão muito simplista da noção de vulnerabilidade. Tal reducionismo acaba por promover uma naturalização da vulnerabilidade e impede que se obtenha um conhecimento aprofundado sobre as novas vulnerabilidades que podem surgir das condições de exclusão econômica, social e política que abrangem as mulheres, bem como as possíveis mudanças nessas circunstâncias.⁹ Sugerir o conceito de vulnerabilidade como um rótulo fixo para um determinado grupo, como acontece no tratamento das mulheres enquanto grupo em situação de violência configura uma perspectiva míope do problema. Quando se entende a vulnerabilidade da perspectiva das camadas, vários tipos de vulnerabilidade podem ser considerados, podendo, inclusive, se sobrepor. Desse ponto de vista, mulheres não são “naturalmente” vulneráveis. A vulnerabilidade surge do contexto relacional das circunstâncias sociais em que elas se encontram.

O patriarcado não constitui o único princípio estruturador da sociedade brasileira, sendo que a distribuição da sociedade entre classes profundamente desiguais constitui outra fonte igualmente importante de dominação. Entretanto, de modo geral, é possível perceber traços da dominação masculina em todas as classes sociais.¹⁰

Desse modo, a vulnerabilidade em relação à violência de gênero pode

ser analisada de acordo com o contexto relacional entre as circunstâncias sociais de uma mulher e a dominação masculina. As camadas de vulnerabilidade são facilmente enxergadas quando se analisa um contexto de violência doméstica, por exemplo. Uma mulher de baixas condições financeiras, de baixa escolaridade, sem independência econômica, com filhos, vinda de uma estrutura familiar em que a violência é naturalizada, por exemplo, adquire múltiplas camadas de vulnerabilidade que se relacionam com a dominação e, conseqüentemente, com a violência de gênero, sendo necessário que cada camada seja considerada. A remoção de tais camadas através da oportunidade de acesso a uma vida digna, bem como do empoderamento dessa mulher, possibilita vislumbrar a diminuição da susceptibilidade à dominação masculina e, conseqüentemente, à violência de gênero. Entende-se, aqui, empoderamento como o provimento das condições necessárias para que a mulher seja capaz de desenvolver-se com independência e autonomia.

Embora se reconheça que a desigualdade de gêneros e a dominação dela resultante talvez não sejam a única causa da violência de gênero, não parece ser possível afirmar que a promoção da igualdade de gêneros e do empoderamento das mulheres seja uma solução demasiado determinista para o problema, tendo em vista a comprovada relação entre o arranjo desigual dos papéis de gênero e a violência de gênero em seu viés estrutural. Além disso, ao se permitir que outros contextos sejam analisados juntamente com a desigualdade entre os gêneros, de uma perspectiva relacional, como fatores de influência nos índices de violência de gênero impede que se proponha uma noção reducionista do problema.

Dados⁸ revelaram que a maior parte das vítimas dos feminicídios ocorridos no Brasil no período de 2009 a 2011 possuíam

baixa escolaridade, sendo que 48% daquelas com 15 ou mais anos de idade possuíam até 8 anos de estudo formal. Sendo o feminicídio uma forma extremada de violência de gênero, a relação entre a taxa de feminicídios e a baixa escolaridade demonstra como a falta de acesso de oportunidade à educação e, conseqüentemente, de inserção no mercado de trabalho, colocam as mulheres em condições de maior suscetibilidade à dominação e à violência de gênero.

As mulheres negras, por sua vez, contam ainda com mais uma camada de vulnerabilidade, já que além da discriminação de gênero e a dominação dela decorrente, sofrem também com o racismo. O estudo referido acima⁸ constatou que 61% dos feminicídios ocorridos no Brasil no período de 2009 a 2011 foram praticados contra mulheres negras. De maneira semelhante, o Mapa da Violência de 2015, realizado pela FLACSO - Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, que abordou os homicídios de mulheres no Brasil, constatou que o índice de vitimização das mulheres negras em relação às mulheres brancas, aumentou de 22,9% em 2003, para 66,7 % em 2012.¹¹

Tais realidades indicam a necessidade de uma reflexão acerca do impacto do racismo nas relações de gênero e a interseccionalidade entre a violência de gênero e o contexto sócio econômico e racial.

A violência de gênero atinge, também, de maneira diferenciada, as mulheres transgênero, que contam ainda com mais uma camada de vulnerabilidade constituída pela transfobia. Segundo pesquisa da ONG Transgender Europe, foram registradas no Brasil, entre janeiro de 2008 a março de 2014, 604 mortes de travestis e transexuais.¹² Dados da então Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) no Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, realizado em 2012, demonstraram que a discriminação de gênero constitui motivo de 15,21% das denúncias de violações de direitos da

população LGBT recebidas através do Disque Direitos Humanos.¹³ O estudo concluiu que as travestis e transexuais continuam a serem as maiores vítimas da violência homofóbica, principalmente as de maior gravidade.

Demonstrar a vulnerabilidade das mulheres diante da violência de gênero através da metáfora das camadas permite que se pense em diferentes tipos de proteção de acordo com a singularidade envolvida. Além disso, por se tratar de uma noção flexível, é possível entender que uma mulher pode ser percebida a partir de uma série de camadas ou essas podem ser retiradas, conforme o contexto e as circunstâncias sociais. Essa é a vantagem de lidar com um conceito relacional, que não rotula todo um grupo com as mesmas características.⁹

Nesse ponto cabe ressaltar que no contexto da intervenção do Estado sobre o problema da violência de gênero, seja através do tratamento repressivo, seja da ótica da prevenção, a mulher tem sido representada, em geral, por uma noção idealizada de vítima, como sujeito passivo da violência de gênero, incapaz de resistência à dominação, mais como objeto dessa violência do que um sujeito capaz de participar do processo de seu enfrentamento. O que se observa é a classificação das mulheres como grupo naturalmente vulnerável através de um rótulo fixo que não leva em conta os diferenciados níveis de vulnerabilidade, nem a possibilidade de alteração desses *status*.

Além disso, podemos ainda inferir outra forma de violência reflexo da desigualdade de gênero, promovida não por um agressor específico, mas de forma institucionalizada pelo próprio Estado através de suas instituições de Direito quando falamos do encarceramento de mulheres. Estudo realizado no presídio feminino do Distrito Federal, demonstra um perfil de mulheres que invariavelmente antes do encarceramento sofreram violência na infância ou na adolescência; às vezes

expulsas de casa, residindo na rua, com histórico de uso de drogas. Considerável número das mulheres condenadas por tráfico de drogas, o cometeram em razão dos seus companheiros na tentativa de levar drogas aos mesmos dentro de estabelecimentos prisionais.^{14,15} Não obstante a este cenário, ainda podemos inserir os efeitos civis [não previstos] das sentenças condenatórias penais, que muitas vezes fazem mulheres perderem guarda e contato com os filhos, invariavelmente sem sua participação no processo de perda do poder familiar.¹⁶ Muito embora estes não sejam casos de violência contra mulher nos moldes da Lei Maria da Penha ou mesmo do feminicídio, não podem deixar de serem citadas, uma vez que estão relacionadas a formas diferentes de violência de gênero, reafirmadas por uma violência institucionalizada pelo Estado, demonstrando ainda mais a importância de discutir o tema sob a perspectiva das diferentes formas de vulnerabilidade presentes em nossa sociedade.

Levando em conta a complexidade das vulnerabilidades que se relacionam com o contexto da violência de gênero, fica evidente a insuficiência e a ineficácia do tratamento da questão unicamente através do sistema penal e a necessidade da promoção de mecanismos e políticas alternativas à política criminal, que atuem de forma emancipatória, promovendo a dignidade e o empoderamento das mulheres.

A promoção dos direitos fundamentais e o empoderamento das mulheres como mecanismos de superação de vulnerabilidades

Considerando a violência de gênero como violação dos direitos fundamentais das mulheres e a sua relação direta com a desigualdade de gêneros e a dominação

masculina dela resultante, a promoção dos direitos fundamentais das mulheres constitui um instrumento para a emancipação e construção da igualdade de gêneros, bem como para a libertação e para a eliminação da violência. Nesse aspecto insere-se a importância da luta por reconhecimento liderada pelos movimentos feministas.

A violência de gênero é um fenômeno complexo, ligado a características estruturais da sociedade patriarcal, arraigadas na cultura, na política e nos costumes sociais. Como não poderia deixar de ser, o combate a essa violência passa pela luta diária pela desconstrução dos papéis impostos aos gêneros, contra a discriminação, por respeito e por ocupação dos espaços públicos e dos centros de decisões.

Como movimento social, o feminismo busca o reconhecimento de um novo *status* para as mulheres, bem como a sua participação paritária na sociedade.¹⁷ As lutas feministas foram capazes, ao longo dos anos, de alcançar inúmeras conquistas, direcionadas à construção dos direitos de cidadania e a conquista do espaço público. Entretanto ainda se tem muito que avançar na luta por reconhecimento e representatividade, cujo desenvolvimento demanda mudanças culturais e sociais, no sentido de desconstruir os papéis impostos aos gêneros pela sociedade patriarcal e transformar as relações de gênero marcadas pela desigualdade.

É necessário que a transformação das estruturas que compõem os arranjos desiguais de gênero seja realizada à luz do sistema dos direitos fundamentais, ou seja, através de intervenções positivas que criem condições reais para a efetivação desses direitos, ordenadas pelos dispositivos garantidores da proteção de direitos humanos fundamentais, presentes nas declarações universais de direitos e nas constituições democráticas.¹⁸

Nesse sentido, a ocupação dos espaços públicos e dos centros de decisão pelas

mulheres é de fundamental importância do ponto de vista da representatividade, ou seja, da capacidade de participação efetiva no espaço das decisões políticas da sociedade, de modo a realizar uma política social voltada para a promoção da igualdade de gêneros. Ao se promover o desenvolvimento humano e o empoderamento das mulheres, se constroem condições reais para que elas se desenvolvam com independência e autodeterminação, possibilitando a libertação da dominação masculina e, conseqüentemente, da violência decorrente dela. Uma via possível para isso não poderia ser diferente senão pela alteridade.

A alteridade é uma resposta possível para este contexto, pois para entender o outro como pessoa necessito me identificar com ela, me permitindo assim compreender e respeitar o seu discurso ou argumentos. Mas esse movimento complexo, somente ocorre se eu me colocar na possibilidade de ser convencido pelo desejo ou interesse do outro. É a partir de como essa relação ética com o outro se constitui que é formada a linguagem, e assim, por ela ocorre o acolhimento do rosto do outro.^{19,20}

Para Lévinas, a linguagem está fundada em uma relação anterior à relação de compreensão com os entes, relação essa que seria constituinte da própria razão e que constitui nossa relação com o outro. Esta, por sua vez, consiste em um empreendimento gnosiológico, ou seja, consiste em quereremos compreender este outro.^{20:78}

Convivemos com múltiplas realidades; uma pluralidade cultural que põe em xeque as nossas certezas e forma de encarar o que é certo e do que é errado. Temos, não uma, mas diversas morais, que não invariavelmente sobrepõem-se, entrando em conflitos entre si.¹⁹ *Não se trata de apostar na igualdade de gêneros como solução única e infalível para a violência de gênero, visto que não se perde de vista que existem outros fatores que influem e contribuem para o processo*

de desencadeamento dessa violência. Pelo contrário, trata-se de recorrer a soluções que promovam o desenvolvimento humano das mulheres, de modo a possibilitar a superação das camadas de vulnerabilidade, presentes em maior ou menor grau, que se relacionam com a violência de gênero conforme os diferentes contextos sociais, sem tratar todas as mulheres como um único grupo homogêneo e vitimado, oferecendo-lhes condições para que superem as barreiras impostas pela dominação ao seu desenvolvimento e à sua autodeterminação.

Considerações finais

A busca pela resposta rápida, através da via penal, para solucionar conflitos de ordem social, como aqueles originados da desigualdade de gênero, resulta na despolitização do conflito e no esvaziamento do sentido das lutas sociais. O direito penal, como dito, só é capaz de agir sobre as conseqüências, não atuando na gênese do conflito sendo, portanto, incapaz de produzir transformações. Ele acaba por fortalecer o etiquetamento dos envolvidos ao invés de repensar sobre o papel de cada um ou mesmo sobre as condições de cada caso.

A intervenção penal por si só, pela sua superficialidade, não é suficiente para agir sobre as vulnerabilidades advindas dos contextos socioeconômicos, culturais e educacionais que se relacionam com a violência de gênero e acaba por contribuir para o desvio de esforços em busca de alternativas mais eficazes no combate à violência de gênero. Nesse sentido, somente através da realização de políticas afirmativas que produzam as condições materiais necessárias à aquisição de condições para um desenvolvimento humano com autonomia, independência e dignidade pelas mulheres, e que produzam o seu

empoderamento e a igualdade no âmbito das relações de gênero, é possível vislumbrar a superação das vulnerabilidades ligadas à violência e a libertação das mulheres das estruturas de dominação e da violência decorrente delas. Esse caminho necessita ser olhado através da alteridade, onde a potencialidade do acolhimento não está em somente ouvir uma demanda, um caso

e julgar a melhor saída sobre o mesmo, mas de se colocar no lugar do outro e construir com o mesmo uma possível via que possa tomar diferentes direções dependendo da singularidade das condições de cada um e não feita de respostas pronta ou somente visando na conseqüência dos atos.

Referências

1. Lagarde Y De Los Rios M. Por los derechos humanos de las mujeres: la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, maio-ago, 2007; XLIX(200):143-165. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42120009>>. Acesso em: 10 mar 2016.
2. Brasil. Presidência da República. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 10 mai 2016.
3. Brasil. Presidência da República. Lei 13.104, de 09 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>. Acesso em: 10 mai 2016.
4. Brasil. Congresso Nacional. Senado Federal. Projeto de Lei 8.305, de 13 de dezembro de 2014. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=858860>>. Acesso em: 10 mai 2016.
5. Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Relatório final. Brasília, junho de 2013. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&>>. Acesso em: 10 mai 2016.

Artigo Original

6. Roriz RCLL. Mulher, direito penal e justiça restaurativa: da proteção simbólica à possibilidade da restauração. 2010. Tese (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito do Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2010.
7. Campos CH. Femicídio no Brasil, uma análise crítico-feminista. Revista Eletrônica da PUCRS. Porto Alegre, 2015; 7(1):103-115.
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Disponível em <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf>. Acesso em: 18 abr 2016.
9. Luna F. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. International journal of feminist approaches to bioethics, Toronto, 2009; 2(1):121-139.
10. Saffioti HIB. O poder do macho. 11ed. São Paulo: Moderna, 2001.
11. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídios de mulheres no Brasil. Disponível em <www.mapadaviolencia.org.br>. Acesso em: 18 abr 2016.
12. Transgender Europe (TGEU). Trans Murder Monitoring 2015. Disponível em <www.tgeu.org/tmm-idahot-update-2015>. Acesso em 26 mai de 2016.
13. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República (SDH/PR). Relatório sobre a violência homofóbica no Brasil; 2012. Disponível em: <www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>. Acesso em 26 mai de 2016.
14. Diniz D. Mulheres encarceradas. Painel proferido no dia 27 de agosto de 2014 no 20º Seminário Internacional do IBCCRIM, São Paulo; 2014. Disponível em: <<https://www.ibccrim.org.br/tvibccrim/7-Seminario-Internacional?pagina=9>>. Acesso em: 10 mai 2016.
15. Diniz D, Paiva J. Mulheres e prisão no Distrito Federal: itinerário carcerário e precariedade da vida. Revista Brasileira de Ciências Criminais, 2014; 111:313-328.
16. Delchiaro MTC, Carlos JO. Para além da prisão: efeitos civis da política criminal de drogas em relação às mulheres. Boletim do IBCCRIM, março 2016; 280.
17. Angelin R. Direitos humanos das mulheres e movimentos feministas nas sociedades multiculturais: uma leitura a partir da perspectiva teórica do reconhecimento e da redistribuição de gênero em Axel Honneth e Nancy Fraser. Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, 2; 2014.
18. Karam ML. Os paradoxais desejos punitivos de ativistas e movimentos feministas. Disponível em: <www.revistaforum.com.br/2015/08/18/maria-lucia-karam-os-paradoxais-desejos-punitivos-de-ativistas-e-movimentos-feministas>. Acesso em: 15 jun 2016.
19. Almeida Neto JB. Entre indivíduo e pessoa: contribuições para uma ética do cuidado. Revista da SORBI, 2014; 2(2):2-15.
20. Haddock-Lobo R. A justiça e o rosto do outro em Lévinas. Cadernos da EMARF, Fenomenologia e Direito, Rio de Janeiro, abr/set 2010; 3(1):75-90.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p211-225>

DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Challenges of the user embracement in the family health strategy: an integrative review

Camila Vieira Soares de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem
da Universidade Federal de
Pernambuco.

E-mail: camilavso@hotmail.com

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano-Marinus

Enfermeira. Doutora em Saúde
da Criança e do Adolescente,
Professora Adjunto do
Departamento de Enfermagem da
UFPE.

E-mail: wandenf@yahoo.com.br**Resumo**

Objetivo: descrever a partir da literatura científica os principais desafios relacionados ao acolhimento na Estratégia Saúde da Família, a partir da visão de distintos atores sociais. Fonte de dados: trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - Bireme), contemplando as Bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e posteriormente a Publisher Medline (PubMed). Os resultados encontrados foram categorizados em eixos previamente definidos, norteadores da discussão, os quais foram: (I) acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, (II) acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e (III) acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe. Resumo das conclusões: dificuldades para referenciar e contrarreferenciar os usuários a partir do acolhimento aos outros níveis de atenção, a infraestrutura precária das Unidades de Saúde, a quantidade insuficiente de profissionais e poucos espaços para discussões e o fortalecimento do trabalho em equipe multidisciplinar são algumas das questões identificadas nos estudos que interferem no acolhimento de forma efetiva aos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: the purpose of this integrative review is to describe from the scientific literature the main challenges related to the user embracement in the Family Health Strategy, from the view of different actors. Data source: the search for articles was held at the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - Bireme), contemplating the Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) Databases and later the Publisher Medline (PubMed). The results were categorized into pre-defined axis, guiding the discussion, which were: (I) user embracement in the perspective of accessibility and resolution, (II) user embracement in the bond and communication perspective and (III) user embracement in the perspective of the change in the team work process. Summary of findings: difficulties for reference and counter-arguments from the user embracement to other levels of care, poor infrastructure of the health units, insufficient professional team and few spaces for discussion and strengthening work in a multidisciplinary team are some of the issues identified in the studies that interfere in the user embracement of the users.

Keywords: Primary Health Care; User embracement; Family Health Strategy.

Introdução

As políticas de atenção à saúde no Brasil foram marcadas, historicamente, pela situação econômica e social do país. Nos períodos colonial, imperial e da República Velha, diversas doenças transmissíveis - como a hanseníase, tuberculose, febre amarela, cólera, malária, entre outras - tornaram-se endêmicas no Brasil devido ao fluxo elevado de imigrantes e comerciantes que chegavam ao país. As ações de saúde eram voltadas para o saneamento dos portos, urbanização de áreas de interesse comercial, saneamento básico e campanhas para erradicar as doenças endêmicas, as quais afetando a saúde dos trabalhadores comprometiam a produção. O modelo assistencial de saúde, até meados de 1988, era privatizado, médico centrado, voltado para o indivíduo e com foco na doença. Em 1988, a Constituição Brasileira estabeleceu a saúde como um “direito de todos e dever do estado”, representando uma mudança de visão em relação às ações de saúde, as quais a partir de então buscariam não apenas a cura de doenças, mas também a promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e agravos.¹

No contexto da criação do Sistema Único de Saúde, o qual tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e participação social², surge em 1994 o Programa Saúde da Família, o qual tinha como objetivos “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. O PSF propôs a prestação de uma assistência à saúde de forma integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade, através de uma equipe multiprofissional, levando

em consideração os fatores de risco e vulnerabilidade aos quais a população em territórios determinados está submetida. Tem como finalidade, também, a criação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, a corresponsabilização destes, a educação em saúde da população e o estímulo ao envolvimento da comunidade para o exercício do controle social.³

Fomentado inicialmente como Programa, passou a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como uma estratégia, através da Portaria Nº2.488/2011⁴, uma vez que possui como objetivo uma mudança no modelo de atenção à saúde, uma reestruturação do sistema, além de englobar os princípios e diretrizes da universalização, descentralização, integralidade e participação popular, os quais constituem a base do SUS.⁵

Em uma análise realizada em 2007 com os 12 primeiros municípios onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada, concluiu-se que o acesso às Unidades de Saúde ocorria de forma restrita devido à dificuldade de integração entre as equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) e as equipes da atenção básica (conhecidas como Unidades de Saúde tradicionais); a falta de integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os níveis de atenção de média e alta complexidade, comprometendo assim a integralidade e a continuidade da atenção; além da sobrecarga de demanda assistencial vivenciada pelas equipes da ESF, ocasionando uma baixa capacidade de articulação com outros setores do governo e da sociedade para ampliar o desenvolvimento das ações para promoção de saúde.⁶

Tendo em vista problemas relacionados ao acesso e a qualidade da atenção básica, em 2003, as secretarias do Ministério da Saúde e entidades vinculadas realizaram uma discussão acerca da conjuntura da saúde no Brasil. Foram apontadas questões como: diminuição do compromisso e da corresponsabilização na produção

de saúde e desrespeito aos direitos dos usuários; fragmentação do processo de trabalho, desgaste das relações entre os profissionais; incompetência por parte das equipes para prestar uma assistência à saúde considerando seus aspectos subjetivos; ausência da reorientação da operacionalização do sistema de saúde, com persistência de ações verticalizadas e não estruturadas em rede; pouco investimento na qualificação dos trabalhadores de saúde direcionado para o trabalho em equipe e a gestão participativa.⁷

Diante dos problemas identificados, ressaltou-se a necessidade de inserir a Humanização como uma Política de Governo para todas as ações de saúde do país. Para isso, o SUS deveria passar por mudanças em todas as suas ações e instâncias, com a adoção de práticas humanizadoras, que promovessem a troca de saberes, diálogos entre os profissionais, maior corresponsabilização na produção de saúde e de sujeitos ativos, trabalho em equipe e consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo de saúde.

A Política de Humanização e da Gestão da Saúde (PNH), a qual não possui portaria que a normatize, tem seus princípios e diretrizes presentes nas legislações das demais políticas, devido ao seu caráter transversal, a exemplo da Portaria Nº2.488/2011.⁴ Com a implementação da PNH, tinha-se como objetivos a garantia da gestão participativa para os usuários e profissionais das unidades de saúde, usuários cientes de quais profissionais cuidam de sua saúde, a garantia do direito dos usuários, acompanhamento pelos familiares e a redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade.⁷

O acolhimento, estabelecido como uma das diretrizes dessa Política de Humanização possui como objetivos melhorar o vínculo entre profissionais e usuários, além de assentir o usuário como participante ativo na produção de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.^{8:05}

São ainda observados: a dificuldade dos profissionais, usuários e gestão em alcançar um consenso a respeito da melhor maneira de acolher o cidadão, a desinformação por parte dos usuários em relação aos objetivos do acolhimento e a relevância deste para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, bem como as dificuldades que envolvem o vínculo dos usuários com a equipe de saúde e consequente influência no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

O acolhimento é caracterizado como uma postura ética, desta maneira, deve se dar em todos os âmbitos dos serviços de saúde e pode ser realizado por todos os profissionais. No acolhimento, o profissional deve realizar uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, considerar suas subjetividades e sua participação como fundamental no processo saúde - doença, além de se responsabilizar pela resolução das demandas identificadas, fazendo uso de redes de compartilhamento de saberes quando necessário.⁹

Considerada uma tecnologia leve, o acolhimento é de fundamental importância para a consolidação da integralidade da

assistência, o controle social e a autonomia dos sujeitos, uma vez que, orienta a organização do trabalho das unidades de saúde, evidencia a necessidade de uma postura ética e humanizada por parte dos profissionais de saúde ao desenvolver qualquer ação de cuidado, chama a atenção para a necessidade de ampliar o acesso e garantir a oferta de serviços de saúde capazes de atender às diferentes demandas dos usuários, preconiza a prática da clínica ampliada, considerando situações de risco e vulnerabilidade às quais os usuários encontram-se submetidos e uma escuta qualificada.¹⁰

A partir das complexas questões envolvidas na operacionalização do acolhimento como tecnologia leve que deve envolver mudanças nos processos de trabalho dos diferentes profissionais, mudanças nas relações subjetivas entre profissionais e usuários, além de proporcionar a resolutividade de problemas por meio de uma articulação na rede de atenção à saúde, foi escolhida a proposta de uma revisão integrativa, no intuito de melhor entender essas questões a partir de resultados encontrados em pesquisas que contemplassem diversos locais do país.

Desse modo, o objetivo desta revisão integrativa foi descrever a partir da literatura científica os principais desafios relacionados ao acolhimento na Estratégia Saúde da Família, mediante a visão de distintos atores sociais.

Métodos

A revisão integrativa da literatura é a síntese dos resultados de pesquisas previamente realizadas sobre um determinado tema. Consiste em associar tais resultados e analisá-los criticamente de forma comparativa, usando critérios estabelecidos a fim de alcançar um

objetivo específico.¹¹ A revisão integrativa da literatura permite conectar áreas relacionadas de um determinado trabalho e apresenta diversos benefícios: avaliar a qualidade de uma evidência científica; identificar a necessidade de pesquisas futuras sobre o tema, bem como as falhas na pesquisa atual; explorar quais métodos de pesquisas têm sido utilizados com sucesso; apontar erros em um eixo de pesquisa.¹²

As cinco etapas envolvem: a formulação de um problema, a pesquisa na literatura, o processamento dos dados, a análise dos dados e a interpretação e apresentação dos resultados. A execução de uma revisão integrativa comprometida com a integridade científica requer um trabalho detalhado, exaustivo e crítico, o qual pode gerar uma consequência significativa e contribuir para a prática e a pesquisa de uma determinada área de conhecimento.¹²

A busca pelos artigos foi realizada a partir do cruzamento dos seguintes Descritores em Saúde: “Acolhimento” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária” e em um segundo momento, cruzou-se os descritores “Acolhimento” AND “Estratégia Saúde da Família na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - Bireme), considerando as Bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Ocorreu a busca na base de dados Publisher Medline (PubMed). Foram utilizadas as palavras “User Embracement” AND “Primary Health Care”. Em um segundo momento cruzou-se os descritores “User Embracement” AND “Family Health Strategy” OR “Family Health Program”.

O primeiro cruzamento na BVS resultou em 1968 artigos, o segundo em 195. Na PubMed foram encontrados 4 e 5 artigos no primeiro e segundo cruzamentos respectivamente.

Os critérios para inclusão dos artigos na revisão foram: artigos que abordavam a

temática pesquisada, atingindo o objetivo proposto, com disponibilidade do texto completo online e gratuitamente, nos idiomas português e inglês, publicados em periódicos nacionais, internacionais e especializados, com período de publicação entre os anos de 2010 a 2015. Foram excluídos artigos que se reportavam a grupos específicos como crianças (1), saúde mental (2), pacientes diagnosticados com tuberculose (2) e serviços odontológicos (1), uma vez que, o objetivo desta revisão é trazer o tema sob a ótica dos diversos sujeitos envolvidos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram excluídos 1952 artigos do primeiro cruzamento na BVS e 175 do segundo. Os artigos encontrados na primeira busca no PubMed não contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos; dos 5 artigos resultantes do segundo cruzamento, 4 foram excluídos.

Inicialmente, foi realizada a leitura do título e resumo dos artigos encontrados a partir da filtragem por meio da aplicação dos critérios de inclusão. Após esta leitura, foram excluídos artigos que não contemplavam os objetivos e/ou se repetiam.

Concomitante a leitura completa dos artigos selecionados, foi construído um instrumento de coleta de dados contendo os seguintes itens: título, autores, ano de publicação, nome da revista, objetivos, métodos e principais resultados. A partir dos resultados encontrados, os artigos foram agrupados em três categorias previamente definidas: (I) acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, (II) acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e (III) acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe.

A partir do estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, o corpus desta revisão constituiu-se em 16 artigos da BVS (LILACS e MEDLINE) e 1 da PubMed.

Artigo de Revisão

Quadro 1 - Descrição da busca de artigos nas bases de dados, considerando o cruzamento dos descritores. Recife, 2015.

CRUZAMENTOS	ARTIGOS ENCONTRADOS	ARTIGOS EXCLUÍDOS	ARTIGOS INCLUÍDOS PARA LEITURA DE TÍTULOS E RESUMOS	ARTIGOS SELECIONADOS APÓS A LEITURA DO TEXTO COMPLETO
"Acolhimento" AND "Atenção Básica" OR "Atenção Primária"	1698	1952	16	9
"Acolhimento" AND "Estratégia Saúde da Família"	195	175	20	7
"User Embracement" AND "Primary Health Care"	4	4	0	0
"User embracement" AND "Family Health Strategy" OR "Family Health Program"	5	4	1	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Resultados e discussão

A partir da leitura dos textos completos dos artigos, buscou-se categorizá-los segundo os principais eixos previamente definidos, os quais foram: (I) acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade, (II) acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários e (III) acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe.

Artigo de Revisão

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados para a revisão. Recife, 2015.

(continua)

TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	CATEGORIA(S)
Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática	Nora CRD, Junges JR.	2013	Revista de Saúde Pública	I, II e III
Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil	Mitre SM, Andrade EIG, Mitre RM.	2012	Ciência e Saúde Coletiva	I e III
Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros	Santos IMV, Santos AM.	2011	Revista de Salud Publica	II e III
Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários da rede básica. Salvador, 2005-2008	Silva LMV, Esperidião MA, Viana SV, Lemos DVS, Caputo MC, Cardoso MO, et AL.	2010	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	I e II
Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários	Brehmer LCF, Verdi M.	2010	Ciência e Saúde Coletiva	I, II e III

Quadro2 - Descrição dos artigos selecionados para a revisão. Recife, 2015.

(continua)

TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	CATEGORIA(S)
Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família	Tesser CD, Neto PP, Souza GW.	2010	Ciência e Saúde Coletiva	III
A visita domiciliar como prática de acolhimento no Programa Médico de Família/Niterói	Santos SAS, Souza AC, Abrahão AL, Marques D.	2013	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	II e III
Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil	Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP.	2014	Revista APS	II e III
Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários	Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV.	2011	Revista Enfermagem UERJ	I
Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil	Alves MG, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al.	2014	Revista Saúde em Debate	I
Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte	Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCSP, Silva RAR, et al.	2011	Physis: Revista de Saúde Coletiva	II

(conclusão)

A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil	Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM.	2010	Revista Saúde e Sociedade	II
Sentidos e práticas da humanização na Estratégia da Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste	Bomfim LA, Esperidão MA.	2010	Physis: Revista de Saúde Coletiva	II
A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo	Baraldi DC, Souto BGA.	2010	Revista Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde	III
Saúde da Família: visão dos usuários	Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP.	2011	Revista Enfermagem UERJ	II
Representações sociais e prática do Enfermeiro: limites, avanços e perspectivas	Sampaio DMN, Vilela ABA, Simões AV.	2012	Revista Enfermagem UERJ	III
Acolhimento: quando o usuário bate à porta.	Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda A, Araújo KL, Guimarães ELP.	2013	Revista Brasileira de Enfermagem	I e II

Fonte: Dados da pesquisa.

Acolhimento na perspectiva da acessibilidade e resolutividade

No contexto dos serviços de saúde, o termo acessibilidade pode ser compreendido de duas maneiras. A primeira refere-se aos aspectos geográficos, os quais influenciam a chegada das pessoas às unidades de saúde, como a distância e o tempo de locomoção necessário para chegar ao local. O segundo trata do acesso socioorganizacional, o qual engloba protocolos, normatizações e elementos que podem servir como facilitadores ou barreiras para que os usuários usufruam dos serviços de saúde. Raça, idade e classe social são alguns dos exemplos.¹³ O acesso socioorganizacional diz respeito, também, a garantia da oferta de serviços em conformidade com as necessidades dos usuários, de forma longitudinal e em todos os níveis de atenção.¹⁴ Os artigos selecionados nesta pesquisa abordam o acesso no seu sentido socioorganizacional, e direcionaram a discussão para este âmbito.

Alguns estudos apontaram dificuldades ou ausência de um sistema para referenciar e contrarreferenciar os usuários a partir do acolhimento aos outros níveis de atenção, especialmente para realização de exames de apoio ao diagnóstico e consultas com especialistas.^{15,16,17} Foram apresentados relatos de insatisfação dos usuários quanto à demora para o agendamento de consultas e o recebimento de resultados de exames.¹⁶ Estas questões demonstram que há uma fragmentação dos serviços de saúde, contribuindo para uma descontinuidade do cuidado e uma baixa resolutividade; uma vez que, para que as necessidades dos indivíduos sejam atendidas de forma integral, se faz necessária a disponibilidade de uma rede onde todos os níveis de atenção encontrem-se interligados, possibilitando assim uma assistência continuada.^{15,16,18,19} Pode-se afirmar que os estudos demonstraram que

o objetivo de “orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução”⁸ a partir do acolhimento não foi alcançado.

Outro objeto de mudança através do acolhimento visado pela PNH é o modo de organizar a oferta. A PNH propõe a substituição do modelo burocrático de filas e por ordem de chegada, por um sistema de classificação de risco e vulnerabilidade, buscando assim realizar atendimentos de acordo com as prioridades.²⁰ Entretanto, o fluxo assistencial ainda é caracterizado por um modelo antigo e burocrático, o qual dificulta o acesso dos usuários às Unidades de Saúde.¹⁵ As longas filas de espera para marcação de consultas, o número de vagas incompatível com a demanda, a limitação e irregularidade dos dias e horários reservados para o agendamento de consultas, o extenso período entre o agendamento e a realização do atendimento²¹, a distribuição de senhas por ordem de chegada e em horário muito cedo são fatores que limitam a realização do acolhimento¹⁹ e causam insatisfação e sofrimento aos usuários e profissionais das equipes.¹⁵ Os usuários referem-se à necessidade de esperar demasiadamente em filas como um problema resultante da discrepância entre a oferta e a demanda, revelam considerar este um ato desumano, que os levam a se expor a situações de perigo e violência.¹⁷

O acolhimento com classificação de risco visa “atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que a assistência prestada seja de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais pessoal e por ordem de chegada.”⁸

Na prática, há o risco do profissional de saúde realizar a avaliação dos usuários focando apenas na queixa-conduta, atentando somente para os aspectos

biológicos e clínicos dos problemas apresentados, podendo levar o usuário a exagerar na sua queixa, ao entender que o profissional decidirá se ele será atendido ou não e qual profissional realizará o atendimento. É necessário sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao uso adequado e flexível dos protocolos, de modo a realizar a escuta ampliada para que não haja insatisfação e limitação da autonomia dos usuários.¹⁶ O sistema de classificação de risco deve então ser utilizado como uma estratégia que não alimente o paradoxo existente entre a organização da demanda espontânea e o direito ao acesso universal.¹⁸

Acolhimento na perspectiva do vínculo e da comunicação com usuários

A Estratégia Saúde da Família possui como uma das prioridades o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, ampliando a noção de compromisso e corresponsabilidade entre estes e gerando práticas de saúde humanizadoras.²² A PNH estabelece o fortalecimento das relações entre equipe e usuários como uma de suas metas, orientando gestores quanto à necessidade de se dispor de serviços confortáveis, visando o respeito à privacidade dos indivíduos e promovendo ambiente acolhedora.²³

Os estudos selecionados nesta revisão revelaram que as Unidades de Saúde não dispõem de estrutura física adequada para realização do acolhimento.^{15,24,21,18,25} Espaço pequeno para atender a demanda, ausência ou quantidade insuficiente de assentos para que os usuários aguardem o atendimento^{15,21} e a não disponibilidade de sala específica para realização do acolhimento²⁶ são alguns dos problemas enfrentados pelas equipes e

seus usuários. Esta inadequação do espaço físico gera insatisfação, desconforto e falta de privacidade para os usuários e condições de trabalho precárias para os trabalhadores de saúde.^{15,21,18}

A ambiência para o acolhimento deve produzir segurança e privacidade.¹⁶ Entretanto, a falta de condições básicas para receber os usuários tem propiciado a exposição dos mesmos e constitui uma barreira para o acolhimento, o qual acaba sendo realizado com limitações, sem condições de proporcionar privacidade e respeito às necessidades individuais dos sujeitos a serem acolhidos.¹⁸ A infraestrutura inadequada e a ausência de projeto de ambiência nas Unidades de Saúde têm levado ao constrangimento dos processos comunicacionais entre os trabalhadores e os usuários²⁴; sendo observadas dificuldades nas relações entre estes, com relatos de descaso, desatenção e desrespeito.²¹

Apesar da estrutura física das USF não contribuir de forma positiva para o acolhimento, a comunicação e a construção de vínculos, estudos destacaram a opinião positiva dos usuários quanto ao relacionamento com os membros da equipe.^{27,17} Em um estudo realizado em seis municípios do Nordeste, 60,2% dos usuários referem confiar nos profissionais e 50,6% relatam que as suas queixas de saúde são compreendidas pela equipe.¹⁵ A paciência, o diálogo, a atenção e o respeito são esperados pelos usuários ao receber o cuidado à saúde.²⁷

O forte vínculo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com a comunidade é um destaque recorrente em algumas pesquisas.^{25,27,17,28} Usuários referem prezar pela linguagem utilizada pelos ACS para esclarecer aspectos relativos à organização dos serviços e aos cuidados de saúde. Entretanto, há também queixas dos usuários quanto à irregularidade das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, além de registros de conflitos entre estes e os

comunitários; revelando a ambivalência existente nestas relações.¹⁷ Outro membro da equipe apontado como um profissional que possui grande aproximação com os usuários é o enfermeiro, o qual trabalha diretamente com os ACS, que por sua vez intensifica a integração e o vínculo entre a comunidade e a equipe da USF.²⁸

É necessário priorizar ações que valorizem e estreitem a relação entre usuários e profissionais de saúde, a exemplo da visita domiciliar, como um dispositivo para o acolher^{29,30}; construção e pactuação de formas mais eficazes de cuidado a saúde²⁸; bem como a elaboração de projeto terapêutico singular, objetivando a autonomia e o autocuidado, a partir da corresponsabilização entre estes sujeitos.¹⁶ Estratégias de incentivo ao controle social dos usuários não foram encontradas nos estudos. A participação popular na gestão do serviço pode se dar através dos Conselhos de Saúde, sendo este um espaço em que os usuários podem discutir aspectos relacionados às questões internas dos serviços de saúde e fatores político-institucionais.²⁰

Acolhimento na perspectiva de mudança no processo de trabalho da equipe

O acolhimento enquanto estratégia de mudança nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família pressupõe medidas como a reorganização dos serviços de saúde de maneira que toda a equipe multiprofissional possa atuar; alterações estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, com a ampliação de espaços de diálogos e decisões coletivas; construções coletivas de propostas, envolvendo a equipe local, a rede de serviços e as gerências centrais e distritais.⁸

A quantidade insuficiente de profissionais é apontada nos estudos como um entrave para a reorientação no processo de trabalho das equipes.^{15, 16, 18, 25} Devido a esta deficiência, não há tempo suficiente para abordar os sujeitos integralmente²⁵ ou para o desenvolvimento de atividades de grupo em equipe e/ou com os usuários; levando o profissional a uma sobrecarga de trabalho e ao sofrimento,^{15,16} gerando atendimentos rápidos aos usuários.¹⁶

Reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde tendo o acolhimento enquanto diretriz operacional significa passar o eixo central do cuidado do médico para a equipe multiprofissional, a qual usará as tecnologias disponíveis para resolver as demandas dos usuários.^{30,31} Os estudos demonstraram que a falta de articulação entre a atenção primária e os demais níveis de atenção^{15,16,24,18,20,32}, a fragmentação do processo de trabalho - não envolvimento dos profissionais na elaboração de propostas de serviços^{15,16}, e os conflitos e desarticulação das equipes¹⁶ contribuem para que o médico continue sendo o centro do cuidado, a atenção à saúde permaneça focada em atos clínicos e prescritivos²⁴ e os profissionais de saúde trabalhem de forma individualizada.¹⁶

Iniciativas que estimulem a interação entre os membros da equipe de saúde e o fortalecimento da relação interdisciplinar, como grupos de discussões sobre os processos de trabalho^{15,24}, são instrumentos de grande valia, uma vez que em locais onde há maior participação da equipe multidisciplinar no acolhimento e nas demais ações de saúde, observa-se aumento significativo do rendimento profissional e do diálogo entre os profissionais da equipe, resultando em uma melhoria da visão destes a respeito das demandas da área adscrita a Unidade de Saúde.³³

Os estudos retratam a necessidade do desenvolvimento da educação permanente em saúde.^{15,16,20} Além de capacitação clínica

para profissionais não médicos, os quais geralmente não exercitam a sua clínica com tamanha ênfase e participação na avaliação e decisão de cuidados²⁰, sendo estas atitudes necessárias para resolutividade no acolhimento.

Vale ressaltar a importância do planejamento em saúde, o qual consiste na racionalização das atividades humanas, buscando soluções viáveis para os problemas, novas propostas e atendimento das demandas individuais e coletivas.³⁴ Este planejamento é referente tanto às atividades em grupos, às reuniões de equipe, como a agenda dos profissionais. Uma vez que maior tempo dedicado ao atendimento do usuário, viabiliza a escuta, o vínculo e o acolhimento.³⁵

Considerações finais

A maioria dos artigos que compuseram essa revisão foi de abordagem qualitativa, publicados em revista da área de saúde coletiva, com maior quantidade no ano de 2010, com 6 trabalhos.

Dentre as problemáticas levantadas, é possível elucidar ideias e propostas com base nos trabalhos para melhoria das dificuldades.

As principais dificuldades encontradas para a realização do acolhimento se dão nas diferentes dimensões relacionadas — acessibilidade e resolutividade, vínculo e comunicação e no processo de trabalho da equipe. Alguns elementos importantes para o acolhimento, descritos na Política Nacional de Humanização ainda são considerados desafios na Estratégia Saúde da Família, como a ambiência acolhedora e a atenção integral a partir do trabalho em equipe multidisciplinar.

Por outro lado, iniciativas que podem apoiar o alcance do acolhimento

são destacadas nos estudos: a educação permanente em saúde, a criação de grupos de discussões sobre o processo de trabalho e ações que fortaleçam as relações entre usuários e profissionais. Observa-se a necessidade de criação de estratégias que envolvam os usuários das Unidades de Saúde no controle social dos serviços.

O acolhimento deverá ser pautado nas necessidades locais, com a escuta qualificada dos usuários, espaços para o controle social efetivar-se, articulação entre os membros da equipe para favorecer a comunicação e mudanças no processo de trabalho, interligado a todos os níveis de atenção a saúde e pactuado através de parcerias entre comunidade - equipe - gestão.

Recomendações

Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que abordem a participação e a visão dos gestores no acolhimento. Uma vez que, a gestão constitui parte essencial na operacionalização do acolhimento e pode contribuir significativamente na diminuição dos elementos que dificultam a sua execução.

A capacitação dos profissionais e a realização de oficinas de educação em saúde para os usuários sobre o acolhimento são fundamentais para que o mesmo seja operacionalizado de forma eficaz.

Referências

1. Aguiar ZN. Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 1ed. São Paulo: Martinari; 2011.
2. Ministério da Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília: MS; 1990.
3. Rosa WAG, Labare RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 nov-dez; 13(6):1027-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial União*. 2011 out. 24; seção 1.
5. Ministério da Saúde. Saúde da Família - Avaliação da Implementação em dez grandes centros urbanos. Brasília: MS; 2015.
6. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm* 2007 mar-abr; 61(2):153-8.
7. Ministério da Saúde. Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2003.
8. Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: MS; 2004.
9. Ministério da Saúde. Dicas em Saúde. Brasília: MS; 2008.
10. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev Bras Enferm* 2014 jan-fev; 61(1): 104-10.
11. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor que lhe é exigido [editorial]. *Rev Gaúcha Enf; Porto Alegre (RS)* 2012 jun; 33(2):8-9.
12. Russell C. An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation* 2005 mar; 15(1):8-13.
13. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
14. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes, MFM, Martelli PJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate* 2014 out; 38:182-194.
15. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2013 dez; 47(6):1186-200.
16. Mitre SM, Andrade EIG, Mitre RM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2071-2085.
17. Bomfim LA, Esperidião MA. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia da Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. *Physis* 2010 dez-abr; 20(4):1099-1117.
18. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc saúde coletiva* 2010 nov; 15(3):3569-3578.
19. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev enferm UERJ* 2011 jul-set; 19(3): 457-62.
20. Tesser CD, Neto PP, Souza GW. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva* 2010 nov; 15(3):3615-3624.
21. Silva LMV, Esperidião MA, Viana SV, Lemos DVS, Caputo MC, Cardoso MO, et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários da rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2010 nov; 10(1): 131-143.
22. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
23. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS; 2010.
24. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev salud pública* 2011 ago; 13(4):703-716.
25. Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. *Rev APS* 2014 jul-set; 17(3):291-302.
26. Alves MG, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate* 2014 out; 38:34-51.
27. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCSP, Silva RAR, et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis* 2011 nov-abr; 21(3):1061-1076.
28. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. *Rev enferm UERJ* 2011 jul-set; 19(3):397-402.
29. Santos SAS, Souza AC, Abrahão AL, Marques D. A visita domiciliar como prática de acolhimento no Programa Médico de Família/Niterói. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2013 abr-jun; 5(2):3698-3605.
30. Franco TB, Bueno, WS, Merhy EE. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999 abr-jun; 15(2):345-353.
31. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem nas unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Coletiva* 2007 fev; 23(2):331-340.
32. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda A, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev bras enferm* 2014 jan-fev; 67(1): 104-110.
33. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde* 2011 jan-abr; 36(1):10-17.
34. Sampaio DMN, Vilela ABA, Simões AV. Representações sociais e prática do Enfermeiro: limites, avanços e perspectivas. *Rev enferm UERJ* 2012 out-mai; 20(4):481-487.
35. Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde Soc São Paulo* 2010; 19(1):159-169.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p227-233>

OS PONTOS DE AGLUTINAÇÃO ENTRE A PSICOLOGIA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

The bonding points between Psychology and National Humanization Policy

Fernando Augusto Gomes Sobreira

Graduado do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados.

Email: fernandosobreira@hotmail.com

Elenita Sureke Abilio

Docente da Faculdade Anhanguera de Dourados. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES) e Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Unidade Universitária de Dourados.

Email: elenita.sureke@aedu.com

Camila Cristina Lescano Ortiz

Graduada do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados - FAD; Pós-Graduada do curso de Saúde Coletiva da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

Email: camilaalescano@hotmail.com

Resumo

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS, surge para humanizar as relações no âmbito da saúde e reafirmar os princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma a Política Nacional de Humanização se consolida como uma política transversal, passando a colocar os saberes e práticas em saúde no mesmo plano comunicacional. É nessa aglutinação dessa política com o Sistema Único de Saúde que a tríade universalidade, integralidade e equidade é fortalecida em busca de um sistema de saúde humanizado e democrático. Partindo dos objetivos das políticas de saúde, principalmente do HumanizaSUS, que preconiza a produção de vida, desenvolvimento de relações humanizadas, uma oferta de saúde democrática e equânime, é que se constitui as possibilidades de atuação da Psicologia, de forma a contribuir para a construção de espaços que favoreçam o desenvolvimento dos objetivos que são traçados, dado que é uma ciência que estuda o comportamento humano, que se constitui pela sua singularidade e subjetividade. É partindo dessas premissas que o presente trabalho se delinea, buscando compreender as interfaces existentes entre a Psicologia e o HumanizaSUS.

Palavras-chave: Psicologia; Política Nacional de Humanização; Saúde.

Abstract

The National Humanization Policy and the Health System Management - HumanizaSUS, comes to humanize relations in the health and reaffirm the principles and guidelines of SUS. Thus the National Humanization Policy calls itself as a cross-cutting policy, starting to put the knowledge and health practices in the same communicational plan. It is in this assemblage of policy with the Health System that universality triad, comprehensiveness and equity is strengthened in search of a humane and democratic health system. Based on the goals of health policies, particularly the HumanizaSUS which calls for the production of life, development of humanized relations, an offer of democratic and equitable health, is what constitutes the psychology possibilities of action in order to contribute to building spaces that encourage the development of the goals that are drawn, therefore, is a science that studies human behavior, which is by its uniqueness and subjectivity. It is from these premises that this work is outlined, trying to understand the interfaces between psychology and HumanizaSUS.

Keyword: Psychology; National Humanization Policy; Health.

Introdução

Em meio a luta social travada durante a década de 1970, tendo como objetivo a busca de uma saúde de todos e para todos, é que a psicologia se vê inserida no contexto da saúde, onde surge a necessidade da reformulação dos modos de pensar e fazer saúde. A partir desse contexto cresce a busca por uma atenção à saúde mais humanizada, igualitária e resolutiva.

A partir do contexto de redemocratização do país e democratização da saúde é criado o Sistema Único de Saúde que objetiva e garantia do direito a uma assistência à saúde universal, integral e equânime, direito esse reivindicado pela população brasileira. Junto a essas mudanças começa a construção de um caminho para melhorar a saúde da população, e é nessa construção que se intensifica a discussão dos modos de fazer e gerir saúde, em que o objetivo se constitui em garantir que o Sistema Único de Saúde tenha seus princípios e diretrizes respeitados e aplicados.

É nessa perspectiva que as diversas políticas de saúde são criadas, visando fortalecer e complementar os objetivos preconizados pelo SUS. Uma das políticas pensadas e produzidas nesse contexto é a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde, que parte de um critério de fortalecimento e garantia de um Sistema Único de Saúde que dá certo. Essa política se apresenta com a proposta de humanizar as relações e produzir saúde, de modo a “prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, valorizar os diferentes sujeitos, trabalhadores, usuários/cidadãos e gestores.”^{1:256-257}

E é nesse contexto de produção e reafirmação do Sistema Único de Saúde, que é preconizado pela Política Nacional de Humanização, que buscasse compreender as possíveis interfaces da Psicologia com a Política Nacional de Humanização.

Métodos

Para a realização da presente pesquisa foi utilizado como método revisão de bibliografia, onde através dos materiais produzidos e publicados nos diversos locais, como revistas eletrônicas (SciELO, BVSsalud e PePSIC), livros e artigos, foram

utilizados para o desenvolvimento da presente pesquisa, buscando compreender os pontos de interface existente entre a Psicologia e a Política Nacional de Humanização. Para selecionar os materiais para o desenvolvimento da pesquisa se utilizou termos como: Psicologia da Saúde; Psicologia; Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Humanização; Psicologia e o Sistema Único de Saúde.

Resultados e Discussões

Para pensar nos pontos de aglutinação entre a Psicologia e a Política Nacional de Humanização (PNH) é necessário compreender que esse entrelaçar só é viável devido as mudanças e avanços que ocorreram no campo da saúde a partir da década de 1970, onde se tem o advento do processo de redemocratização do país marcado principalmente por lutas sociais.

Tais lutas travadas na década de 70, no campo da saúde, dá à luz ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que se caracteriza pela busca da democratização da saúde e reorganização do sistema, onde se objetiva uma saúde sendo direito de todos e não um privilégio de uma minoria.² Dessa forma a partir da RSB se tem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde como direto constituinte.^{3,4}

É importante destacar a evolução do conceito de saúde que passa a exigir a reinvenção dos modos de pensar e produzir saúde, onde a saúde deixa de ser entendida como ausência de doença e passa a ser compreendida como um “completo bem-estar físico, mental e social.”^{5:internet}

Partindo desse processo evolutivo dos diversos setores sociais, principalmente no âmbito da saúde, a psicologia adentra nesse campo e inicia seu processo de reinvenção teórico/prático para lidar com a nova demanda que surge com a RSB. Essa mudança passa a ser construída em virtude

do surgimento das novas necessidades de se pensar e produzir saúde, que vai de encontro com os objetivos da RSB e a evolução do conceito de saúde.⁶ A psicologia sai da sua posição de profissão da elite e passa a assumir um compromisso social, conforme aponta Bock.^{7:2-3}

A redemocratização do país, os movimentos grevistas e operários, os movimentos sociais que se constituíram (como o da anistia) tudo isto ia criando uma possibilidade para a Psicologia questionar seu vínculo com a sociedade [...] a Psicologia, que até então se colocava de costas para a realidade social, acreditando possível explicar o humano sem considerar sua realidade econômica, cultural e social, se voltou para a sociedade. [...] O novo projeto significava um rompimento com esta tradição e a construção de um novo lugar para a Psicologia; a construção de uma nova relação da Psicologia com a sociedade. Uma Psicologia a serviço dos interesses da maioria da sociedade; uma psicologia acessível a todos.

Dessa forma a sua inserção do âmbito da saúde passa a ser conduzida pelos aspectos norteadores do SUS que se caracteriza pela oferta de uma saúde universal, integral e equânime, ou seja, uma saúde conduzida pela democracia.⁴

De acordo com Spink⁶, a psicologia se relaciona com saúde a muito tempo, colocando em discussão os aspectos psicológicos da saúde/doença. Mas a psicologia ganha novos rumos com as mudanças ocorridas no âmbito da saúde. Ou seja, a psicologia se vê inserida em um contexto de evolução, o que a leva a (re)construir um campo de atuação que acompanhe as transformações sociais, no campo da saúde, e se adequa as novas necessidades.

Dessa forma a cada mudança no âmbito da saúde, seja ele teórico, prático ou organizacional, a psicologia se faz presente, sempre se adequando, acompanhando e sendo parte das transformações. Nesse sentido a psicologia faz parte das diversas estratégias traçadas para a efetivação dos objetivos que foram idealizados pela RSB. Como exemplo dessas estratégias temos a PNH.

A PNH significa no âmbito da saúde a reafirmação das conquistas concebidas pelas lutas travadas pela RSB a partir da década de 1970 até os dias atuais. É uma política que busca efetivar e colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, a PNH surge como um “reencantamento do movimento SUSista.”^{8: internet}

Dessa forma, a PNH objetiva reacender os processos de produção de saúde a partir do que foi idealizado na construção de uma saúde democrática, e entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social.”^{5: internet} É através da construção de redes de relacionamentos efetivos entre sujeitos que fomenta o compartilhamento dos diferentes saberes, desestruturando as relações de poder existentes, que irá possibilitar o desenvolvimento de uma saúde embasada no que foi reivindicada pelos movimentos da RSB.⁹

Para Benevides¹⁰, é na indissociabilidade entre clínica e a política que a PNH e a Psicologia se encontram, de maneira que a Psicologia pode contribuir para o estabelecimento de relações que favoreçam a produção e a promoção de saúde; fortalecendo a autonomia e o protagonista dos sujeitos; e contribuindo para a inclusão do modelo biopsicossocial no âmbito da saúde.

A partir do que é colocado pela autora pode-se apontar que a psicologia tem o papel de auxiliar na construção de uma saúde desvinculada de um modelo biomédico, que tem como aspecto a objetivação da compreensão da doença a partir de uma

concepção apenas biológica, desvinculando os processos subjetivos que compõe esse sujeito. Outra característica desse modelo é a centralização médica e uma assistência hospitalocêntrica.¹¹

Um aspecto importante a ser considerado nessa aglutinação entre a psicologia e a PNH, é a caracterização dos aspectos subjetivos que emana dos processos individuais e coletivos que compõe o sujeito. A subjetividade, no âmbito da saúde coletiva, é entendida, de acordo com Teixeira^{12:52}, como:

Algo modelado, fabricado, produzido, por processos que não se dão no indivíduo, mas que o atravessam, processos esses que podem ser ditos coletivos e sociais, não quero fazer desaparecer nem diminuir as dimensões individuais nos processos de subjetivação. Numa síntese, poderia dizer que a subjetividade é produzida tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais.

Dessa maneira, podemos compreender que no contexto da saúde coletiva os processos de produção de saúde se constroem a partir de uma visão de sujeito que é multidimensional, constituído por uma subjetividade que é produzida tanto na instancia individual quanto coletiva.^{12,13}

O que a psicologia busca, a partir do que é pensado pela PNH, é a efetivação de um modelo biopsicossocial, onde os processos de saúde e doença são compreendidos em uma perspectiva multifatorial, ou seja, compreendendo a relação entre o biológico, psicológico e social como fatores influenciadores do processo saúde/doença.¹³

Outro ponto onde a psicologia e a PNH se encontram se dá pelo fato de ambas estarem dedicadas a um compromisso social legítimo, o que significa, conforme aponta Romero e Pereira-Silva^{14:334}:

[...]agir em saúde de uma forma humanizada, baseada numa postura de inclusão, de um “estar com” e “perto de”, revalorizando um atendimento integral, no qual deve haver uma escuta ativa, resolutiva, dinâmica, de empatia e de estabelecimento de vínculo.

A partir do que traz Spink⁶, a respeito das barreiras que a psicologia tem de derrubar para construir seu campo de atuação na saúde coletiva, podemos relacioná-lo com um dos objetivos que a PNH busca atingir, que é “superar os enfoques intraindividuais prevalentes até recentemente, e adotar uma perspectiva mais globalizante e dinâmica que possibilite entender a saúde/doença como processo histórico e multideterminado.”^{6:39}

Uma das maneiras de tornar esse modelo biopsicossocial efetivo, na produção de saúde, é através do encontro e vinculação de diferentes sujeitos, como foi apontado anteriormente, o que possibilita a compreensão dos processos de saúde/doença através do compartilhamento dos diferentes saberes.

De acordo com Cardoso¹⁵, “os psicólogos devem atuar junto aos outros profissionais da equipe de forma a integrar esforços, a estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida.”^{15:508}

Sendo assim, um importante objetivo que entrelaça a psicologia e a PNH é a criação de meios que tornem possível promover encontros e construir vínculos que favoreçam a comunicação entre os diferentes saberes, e que esta, aproxime gestores, trabalhadores e usuários, de maneira a colocar em prática os processos de cogestão, tornando possível a efetivação dos valores que norteiam a PNH, compostas pela “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.”^{16:05}

Considerações finais

A pesquisa realizada para se compreender os pontos de aglutinação da Psicologia com a Política Nacional de Humanização, possibilitou entender muito além do que se almejava inicialmente, pois com as leituras e reflexões desenvolvidas durante o processo de pesquisa da luz a um novo horizonte de conhecimento a respeito da temática e provoca novos questionamentos para serem refletidos.

É possível compreender que a PNH se apresenta como um “reencantamento do movimento SUSista”⁸, conforme apontado por Eduardo Passos no 2º Seminário Nacional de Humanização realizado em 2009. Além disso é possível acrescentar que a PNH reencanta muito mais do que apenas os movimentos por uma saúde de (e para) todos, ela reacende pontos de reflexão a respeito das teorias e práticas aplicadas no âmbito da saúde pelos diferentes saberes - onde aponto a Psicologia como exemplo.

Fazendo uma retomada dos acontecimentos que ocorreram a partir da década de 1970, é possível perceber que no mesmo momento em que ocorreram os movimentos por uma saúde igualitária, colocando em discussão os modos de produzir saúde, a psicologia se vê como parte dessas transformações e começa a travar uma luta de remodelação do seu campo de atuação, visionando novos modos de produção de saúde interligados as novas demandas que ecoavam do meio social.

Dessa forma é possível identificar os pontos de aglutinação existente entre a PNH, o SUS, a Psicologia e a RSB, pois o SUS é uma conquista dos movimentos da RSB, assim como a transformação teórica e prática da Psicologia que se delinea através da construção da Saúde Coletiva que fomentaram a construção de uma saúde equânime e universal, e a PNH se insere nesse contexto reafirmando os

ideários dessa evolução de maneira a suprir os desafios enfrentados pela saúde, o que chama todos os atores para uma retomada dessa reflexão dos modos de produzir e gerir a saúde, inclui-se a este a Psicologia.

Em uma reflexão de todo questionamento e conhecimento que a pesquisa fomentou, é possível identificar que a Psicologia se transformou após a década de 70, passando a se inserir em um contexto social mais amplo, buscando o desenvolvimento de sujeitos autônomos

e protagonistas de suas vidas, que não seja apenas o “para quem” as mudanças são realizadas, mas sim a construção de mudanças coletivas, que envolva todos os atores.

É nessa perspectiva que a Psicologia está entrelaçada com a PNH, assim como com as demais políticas públicas. Os pontos de aglutinação estão nos objetivos de ambos, onde se delineia a luta por uma sociedade democrática e equânime.

Referências

1. Abilio ES [et al]. A Política de humanização em Mato Grosso do Sul: processos de construção primeiros resultados e desafios atuais. In: DOBASHI, Beatriz F. Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado. Campo Grande – MS; 2010.
2. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
3. Brasil. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 23 jun 2016.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 23 jun 2016.
5. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946. In: Biblioteca Virtual De Direitos Humanos Da Universidade De São Paulo. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 23 jun 2016.
6. Spink MJP. Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes; 2013.
7. Bock AMB. Psicologia e Políticas públicas. CRP/04. 2011. Disponível em: <<http://www.crpmsg.org.br/CRP2/File/Ana%20Bock%20-%20PsicoPol%C3%ADticasP%C3%BAblicas.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2016.
8. Passos E. Outro humanismo e os desafios da equidade na produção de saúde e sustentabilidade do SUS. 2009. In: 2º Seminário Nacional de Humanização. 2009. Disponível em: <http://www.sispnh.com.br/anais/eixo1_part1.asp>. Acesso em: 23 jun 2016.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 23 jun 2016.

⁰. Benevides R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004>. Acesso em: 23 jun 2016.

¹¹. Ribeiro JCS, Dacal MPO. A instituição e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. Rev. SBPH, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2012; 15(02). Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n2/v15n2a06.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2016.

¹². Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2011;6(1):49-61.

¹³. Rey FG. Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez; 2011.

¹⁴. Romero NS & Pereira-Silva NL. O PSICÓLOGO NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Psicologia & Sociedade, 2011;23(2):332-339.

¹⁵. Cardoso CL. A inserção do psicólogo no Programa de Saúde da Família. 2002. In: Couto LLM, Schimith PB, Dalbello-Araujo M. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. Psicologia: Ciência E Profissão, 2013;33(2).

¹⁶. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 23 jun 2016.