

Revista Saúde em Redes

v.8, n.1 (2022)
ISSN 2446-4813



editora



redeunida

Comitê Editorial

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegave.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).

Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).

Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).

Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Editorial

- O processo editorial como dispositivo de resistência: o caminho de luta e
esperançamento da Editora Rede Unida 05

Artigos Originais

- Condições de Trabalho e Utilização de Serviços de Saúde por Catadores de
Materiais Recicláveis no Município de Limoeiro – PE 11
- Avaliação de Sintomas Depressivos e Associação com a Limitação de Atividade
em Pacientes Acometidos por Hanseníase em uma Unidade de Referência 25
- “Hiperbingão”: Uma Estratégia de Adesão ao Tratamento de Hipertensão
Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde 39
- Grupos lúdicos: contribuições no tratamento oncológico de adultos 51
- Compreensão de território nos serviços farmacêuticos da atenção básica à
saúde: um estudo qualitativo 69
- Cuidado em saúde de pacientes insulinizados da Farmácia Municipal de um
município da Região Metropolitana de Porto Alegre - RS 85
- Avaliação da Saúde Ocular de Crianças da Educação Infantil em uma Creche:
Tecendo Laços entre Educação e Saúde 101
- Medicamentos genéricos em Portugal: estudo de avaliação do conhecimento
dos utentes 117
- Utilização de medicamentos genéricos em Portugal: conhecimento de
doentes, médicos e farmacêuticos 131
- O cuidado e a formação como lugar de invenção na atuação de terapeutas
ocupacionais no NASF 145
- Abrir gavetas, tramar redes: dos impactos ressonantes da educação pelo
trabalho na saúde 161
- A Percepção dos Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e
Atenção Básica sobre o Apoio Matricial 177
- Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco, Brasil:
estratégias de implementação 195
- Mortalidade por COVID-19 Comparada: Brasil, Rio de Janeiro, Campos dos
Goytacazes, Macaé, Cabo Frio e Rio das Ostras 215

Artigos de Revisão

- Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: Saberes e práticas de enfermeiros – Revisão integrativa 233
- Prevalência e Fatores Associados a Transtornos Mentais Entre Universitários da Área da Saúde: Revisão de Literatura 249
- Educação e Relações Interprofissionais na Saúde: Uma Revisão Integrativa 265

Relato de Experiência

- Câncer, dança e covid-19: Um relato de experiência sobre a OncoDance 283

Artigo Especial

- Alla ricerca di dispositivi socio organizzativi per qualificazione dei servizi sanitari e sociali: un contributo riflessivo sull'esperienza osservata 295



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

EDITORIAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p05-10

O processo editorial como dispositivo de resistência: o caminho de luta e esperançamento da Editora Rede Unida

Renata Riffel Bitencourt

ORCID: 0000-0002-5172-1049

Jaqueline Miotto Guarnieri

ORCID: 0000-0002-1727-4687

Frederico Machado Viana

ORCID: 0000-0002-8884-1124

Alcindo Antônio Ferla

ORCID: 0000-0002-9408-1504

Júlio Cesar Schweickardt

ORCID: 0000-0002-8349-3482

Resumo:

Este artigo revive a história da Editora Rede Unida, contextualizando sua trajetória de luta e o legado que vem sendo construído de defesa da saúde e do Sistema Único de Saúde, do ensino que enlace a realidade e que forme profissionais atuantes na diversidade de territórios brasileiros, de resistência contra o descaso dos governantes, contra as políticas que desmantelam e desconfiguram o acesso aos direitos básicos de todo ser humano. É com este intuito que este texto introduz o primeiro volume da Revista Saúde em Redes do ano de 2022, afirmando o espaço da Revista como construção de possibilidades para o enfrentamento coletivo a tantas dificuldades.

Palavras-Chave: Editoração. Comunicação Acadêmica. Acesso à informação.

A Editora Rede Unida, criada em agosto de 2013, nasce do interesse em promover e ampliar o campo da investigação científica do ensino na saúde na busca de um repensar sobre a formação dos profissionais e serviços de saúde¹. A Editora tem por objetivo disseminar conhecimentos e saberes produzidos a partir dos diversos fazeres na saúde, de todos os cantos do Brasil e fora dele, dando espaço para a palavra e a experiência potente dos atores, pois são os que de fato fazem circular as práticas dos serviços e o dia a dia dos espaços de ensino, das graduações e pós-graduações. Desse modo, afirmamos a indissociabilidade entre o ensino-pesquisa-comunidade que se faz no diálogo entre o ensino, o trabalho, a gestão e a participação social.

A Editora surgiu na perspectiva de um trabalho coletivo, fazendo uma artesanaria que, apesar de fluxos estabelecidos, emenda, remenda, e congrega as diversas áreas da saúde coletiva. Assim o é até hoje, por meio de uma Secretaria Executiva diversificada, a equipe da Editora conta com atores de diferentes campos de atuação como biblioteconomia, psicologia, odontologia, medicina, tecnologia da informação, que mantém o trabalho constante, coeso e, porque não, de forma *radical*.

Radical, como diria Paulo Freire em sua *Pedagogia do Oprimido*², diante do contexto histórico, político e social em que vivemos, em que a Editora se percebe no papel ético-político indiscutível de defender a democracia e o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), que assegura a saúde como um direito, assim como de lutar pela garantia de outros direitos essenciais de cada cidadão - o direito à moradia, à alimentação e a educação dignas - e apoiar à formação política, despertando o senso crítico e o compromisso de transformação do contexto social. A Editora, assim como a Associação Rede Unida, seguem resistentes e ativos no caminho da democracia e da transformação social pela igualdade e inclusão de todas as pessoas, promovendo a equidade de uma nova perspectiva de mundo e de humanidade..

José Falero³ nos provoca ao questionar “Mas em que mundo tu vive?” (2021), e nós da Editora, sentimo-nos convocados para responder diariamente. Não só responder, mas também nos mobilizarmos para que essa pergunta não se encerre em si mesma, mas que reverbere por todos os cantos e gere movimento, gere escrita e gere transformação. Pensando nisso, a Equipe da Secretaria Executiva da Editora se encontra em constante formação, adaptação e aprimoramento em busca de melhor atender às demandas da comunidade que a cerca. Aprender e esperar são verbos que conjugamos em todas as formas, sobretudo nos encontros, onde cada pessoa singular forma plurais e multidões. A vida e a saúde pedem acontecimentos felizes para seguir, e compartilhar os conhecimentos, intercambiar tecnologias e fortalecer sonhos é imperativo para um mundo mais justo e saudável.

A história da Editora Rede Unida carrega uma extensa produção intelectual que muito impacta os pensamentos e as ações em saúde coletiva: já são mais de 200 obras publicadas e disponibilizadas de forma aberta no acervo virtual, que estão distribuídas em séries temáticas. As obras englobam desde clássicos de importantes autores da Saúde Coletiva até as produções de novos autores em diferentes lugares e situações. Essas, portanto, são duas das principais diretrizes da Editora: proporcionar a ampla circulação do conhecimento, adequando-se ao priorizar suas obras no formato virtual e gratuito e promover a inserção de novos autores na literatura científica. O fato da Editora não possuir fins lucrativos corrobora para que, a longo prazo, a política de publicação permaneça nesta política: acesso livre, fácil e gratuito.

A Editora Rede Unida desenvolve um cuidadoso processo editorial que acompanha todo o percurso de uma obra até sua publicação. Não são incomuns os processos que envolvem a elaboração de editais/chamadas convidando diferentes atores para a escrita sobre temáticas específicas, a organização de oficinas de escritas para que estes autores elaborem e organizem seus textos, coordenação do processo de avaliação dos textos criados, revisão dos mesmos, suporte aos organizadores, diagramação dos livros e publicação final. Durante todo esse percurso, muitos sentimentos são aflorados, tanto bons quanto ruins, sendo a insegurança com o processo de escrita um dos mais comuns. Contudo, a transformação desse sentimento em algo potente é percebida ao final do processo, quando a Editora lança os livros e cria momentos coletivos de lançamento das obras, o que

inclui as *rodas de contação* dos livros. Nesse momento, os autores extravasam a boniteza do caminho percorrido e percebem, orgulhosos, como conseguiram ressignificar seus medos e anseios. É nessa escrita transformadora que a Editora acredita e coloca as suas energias e recursos. É esse o verdadeiro poder das letras, palavras, ideias, pensamentos, experiências colocadas nos textos publicados.

Tabela 1 - Séries e Total de Livros publicados entre 2013-2022

Séries	Total
Arte popular, cultura e poesia	7
Atenção básica e educação na saúde	22
Branco Vivo	3
Caderno da Saúde Coletiva	9
Clássicos da saúde coletiva	5
Conhecimento em mov.	1
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico	1
Educação popular e saúde	4
Ética em pesquisa	1
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde	23
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde	3
Micropolíticas do trab. e o cuidado em Saúde	20
Participação Social e Políticas Públicas	7
Pensamento Negro Descolonial	4
Saúde & Amazônia	18
Saúde Coletiva e cooperação Internacional	12
Saúde em Imagens	3
Saúde Mental Coletiva	4
Saúde, ambiente e interdisciplinariedade	2
Rádio-livros em defesa do SUS e das saúdes	2
Vivências em Educação na Saúde	25
Outros	20
TOTAL	207

Fonte: arquivos da Editora da Rede Unida

Um importante braço da Editora é a Revista Saúde em Redes, que neste primeiro número do ano de 2022 também revisita sua trajetória desde seu primeiro volume em 2015. Desde lá, a Revista vem acompanhando o número crescente de artigos submetidos e publicados. Para melhor acompanharmos tal evolução, organizamos uma tabela (Tabela 1), onde fica visível o crescente esforço da Equipe da

Editora Rede Unida para manter uma organização exitosa das publicações. Um dos grandes desafios com a crescente submissão de artigos é a adaptação do tempo até a publicação de um artigo. Neste ínterim encontram-se fluxos demorados e que dependem de diversos atores para findarem como o processo de avaliação e diagramação. Apesar disso, o processo editorial da Revista tem acompanhado a sua evolução, tornando-se cada vez mais fluido e ágil, possibilitando que este período de tempo entre a submissão até a publicação não ultrapasse o período de um ano.

Tabela 2 - Número de artigos publicados, número de submissões, taxa de rejeição e tempo até a publicação dos artigos da Revista Saúde em Redes de 2015 a 2021.

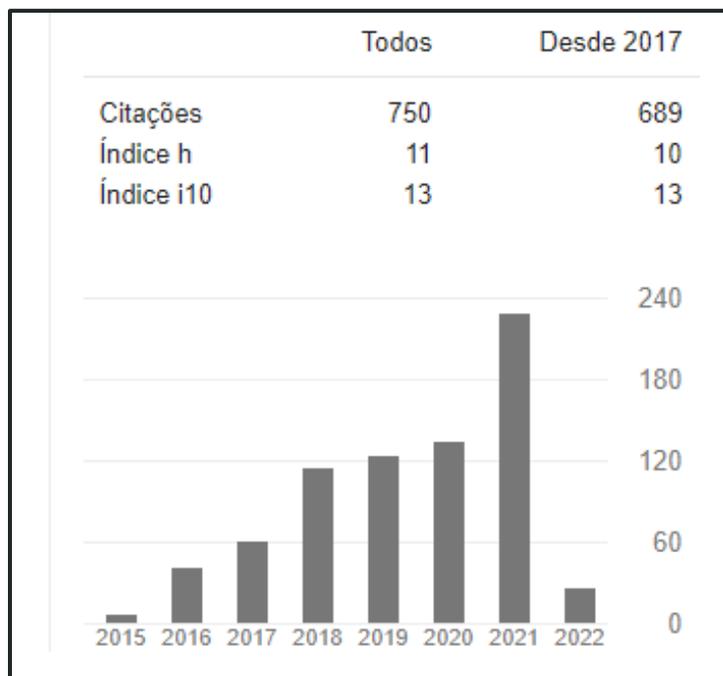
Números publicados por ano	Artigos publicados (volume)	Total de submissões	Taxa de rejeição	Tempo até a publicação (em dias)
2015	36	37	35%	
2016	59	62	15%	55
2017	53	112	12%	361
2018	85	132	23%	371
2019	76	146	26%	603
2020	89	236	32%	266
2021	129	199	47%	223
Total	527			

Fonte: autores com dados extraídos da plataforma de publicação OJS.

A revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813) foi classificada pelo Sistema Qualis-Periódico da CAPES no Quadriênio 2014/2016, período de sua criação, no estrato B1 na área de Ensino, no estrato B4 nas áreas de Enfermagem, Interdisciplinar, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social e no estrato B5 nas áreas de Geociências e Medicina II. Em breve sairá nova classificação pela CAPES e o estrato da Revista poderá ser alterado para cada área.

Outra métrica importante para nosso periódico é o Índice h. Essa métrica soma um número x de artigos publicados que tenham sido citados no mínimo h vezes cada. O Google Acadêmico disponibiliza o Índice h (5) que utiliza apenas os artigos publicados nos últimos 5 anos completos recentes⁴. Como vemos no Gráfico abaixo, desde a sua criação, o número de citações têm crescido ano após ano.

Gráfico 1 - Índice h da Revista Saúde em Redes



Fonte: Google Acadêmico. Acesso em: 03 maio 2022

Para que, cada vez mais, consigamos atender à crescente demanda, o grupo de editores da Revista tem se constituído num time valente, com capacidade de resiliência única e com uma resolutividade expansiva. É com esse espírito que tornam-se cada vez mais criteriosos na condução do fluxo editorial, orquestrando o equilíbrio entre as possibilidades do florescimento dos novos autores, com o rigor científico que valida e ratifica os achados e experiências aqui depositadas.

Quem também desenvolve papel essencial para o desenvolvimento da Revista são os avaliadores/pareceristas. Contamos com uma ampla gama de expertises nos variados assuntos que envolvem a saúde coletiva e o ensino em saúde, cujo envolvimento e disponibilidade são atestados pela diminuição do tempo de avaliação, e, conseqüentemente, do tempo de publicação. Temos incluído jovens pesquisadores nas tarefas de avaliação, ampliando e intensificando o diálogo acadêmico. Cabe aqui o nosso convite para aqueles que têm interesse em somar ao nosso trabalho: cadastrem-se como avaliadores da Revista Saúde em Redes. Principalmente os discentes de pós-graduação, mestrado e doutorado, que buscam adquirir experiência na leitura e análise crítica de artigos e docentes das diferentes núcleos da saúde coletiva.

Precisamos, acima de tudo, fazer nossa grata menção aos autores que publicam nesta Revista, que seguem depositando sua confiança no nosso processo de trabalho e que aliam-se à nós na perspectiva de tornar a saúde e o ensino da saúde campos férteis de novas possibilidades, de fazeres respeitosos, e de crescimento mútuo e respeitoso junto com a Revista.

Por último, agradecemos a todos os envolvidos pela compreensão e colaboração para a migração do nosso sistema *OJS (Open Journal System)*, que agora está mais atual e condizente com os processos que vimos desenvolvendo. O OJS é central para a editoração da revista, e registra cada passo do processo editorial no sistema, por esta razão, é importante que a comunicação entre autores, pareceristas e editores seja feita preferencialmente via sistema. Nós, enquanto Editora, continuamos comprometidos com o processo Editorial, buscando sempre aprimorá-lo, mas não esquecendo da artesanania, do cuidado, pois esta é a força e energia que caracteriza as nossas ações.

Outra novidade que chegou em 2021 e que acelera o processo de trabalho da editora é a publicação de artigos em formato *pré print*. Mais atualizações neste ano de 2022 estão por vir como a criação de um Template próprio da Revista, onde os autores, durante o processo de submissão, ajustarão seus manuscritos a este template. Junto a isso, será pedido a Declaração de Autoria e Responsabilidade com as assinaturas de todos os autores. Além de novas instruções para os avaliadores estão sendo formuladas a revisão das orientações para os Autores.

Esse número da Revista Saúde em Redes abre o volume 8 e apresenta 14 artigos originais, 3 artigos de revisão e um relato de experiência com temáticas diversas que expressam o rico universo de trabalhos do campo da saúde. Estes trabalhos representam as cinco regiões do Brasil com autores dos seguintes estados: Pernambuco, Pará, Rio Grande do Sul, São Paulo, Piauí, Brasília, Rio Grande do Norte, Ceará e Rio de Janeiro. Também está incluído um artigo de Portugal.

Convidamos você a se juntar a nós na leitura destes artigos, disseminando e trocando conhecimentos, mas também se juntando na defesa radical da democracia e do SUS. Convidamos também a citar nossas produções nos seus próximos manuscritos e a considerar a Saúde em Redes para a submissão de futuros artigos.

Referências

1. EDITORA REDE UNIDA. **Editora**. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/editora/>. Acesso em: 24 abr. 2022.
2. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1974.
3. FALERO, J. **Mas em que mundo tu vive?** São Paulo: Todavia, 2021.
4. BARROS, M. Google Scholar Metrics: Bibliometria para publicações. 2012. Disponível em: <https://bsf.org.br/2012/04/05/google-scholar-metrics-bibliometria-fator-impacto-citacoes-indice-h/>. Acesso em: 06 maio 2022.

Como citar: Bitencourt RR, Guarnieri JM, Machado FV, Ferla AA, Schweickardt JC. O processo editorial como dispositivo de resistência: o caminho de luta e esperança da Editora Rede Unida. **Saúde em Redes**. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p05-10



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p11-23

Condições de Trabalho e Utilização de Serviços de Saúde por Catadores de Materiais Recicláveis no Município de Limoeiro – PE

Working Conditions and Use of Health Services by Collectors of Recyclable Materials In The Municipality of Limoeiro – PE

Daiane da Silva Ferreira Lima

Bacharela em Saúde Coletiva formada pelo Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: silvadaiane369@gmail.com

ORCID:0000-0002-9984-5761

Petra Oliveira Duarte

Farmacêutica e sanitarista,

Doutora em Saúde Pública, Professora do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória,

Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: petra.duarte@ufpe.br

ORCID: 0000-0002-6805-0499

Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Fisioterapeuta e sanitarista, Doutora em Saúde Pública, Professora do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de

Vitória, Universidade Federal de Pernambuco.

Email: fabiana.osilva@ufpe.br

ORCID: 0000-0002-4482-3151

Resumo:

Introdução: As pessoas catadoras de materiais recicláveis estão expostas diariamente a riscos no processo de trabalho. **Objetivo:** Analisar a percepção das pessoas catadoras de materiais recicláveis sobre as necessidades de saúde e sua relação com a atividade laboral e a utilização dos serviços de saúde. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, realizada no município de Limoeiro-PE, no período de janeiro a maio de 2018. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados indicam que a maioria das pessoas catadoras tem problemas de saúde, mas não os percebem como necessidades de saúde nem os associam ao trabalho no lixão. A baixa utilização dos serviços de saúde também foi observada. O entendimento sobre os riscos laborais se fez presente, contudo, observa-se a não utilização de EPI. **Considerações finais:** Diante de um contexto de vulnerabilidades e inseguranças, é imprescindível a implementação de políticas públicas que assegurem direitos fundamentais, como melhor acesso ao sistema de saúde e qualidade de vida e trabalho aos trabalhadores que lidam com resíduos sólidos. **Palavras-Chave:** Resíduos Sólidos. Catadores. Saúde Ambiental. Acesso aos Serviços de Saúde.

Palavras-Chave: Resíduos Sólidos. Catadores. Saúde Ambiental. Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract:

Introduction: Waste pickers are exposed daily to risks in the work process. **Objective:** To analyze the perception of recyclable material collectors on health needs, their relationship with work activity and the use of health services. **Methods:** This is a qualitative research, like a case study, conducted in the

municipality of Limoeiro-PE, from January to May 2018. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to content analysis. **Results:** The results indicate that the majority of waste pickers have health problems, but do not perceive them as health needs, nor do they associate them with the work in the dump. The low use of health services was also observed. The understanding of occupational risks was present, on the other hand, we observed the non-use of PPE. **Conclusion:** Faced with a context of vulnerabilities and insecurities, it is essential to implement public policies that ensure fundamental rights, such as better access to the health system, quality of life and work, for workers who deal with solid waste.

Keywords: Solid Waste; Solid Waste Segregators; Health Services Accessibility; Environmental Health.

Introdução

A industrialização pautada em um elevado consumo de bens e matérias-primas e em um modelo de desenvolvimento econômico com alta exploração do ambiente tem consolidado ao longo da história efeitos deletérios sobre a saúde humana e sobre o meio ambiente, resultando na eclosão de problemas sociais, ambientais e de saúde pública.^{1,2}

Por causa do consumo exagerado a população produz muitos resíduos sólidos que aumentam a poluição do ar, do solo e dos lençóis freáticos. O destino final desses resíduos, na maioria das vezes, são os lixões conhecidos como vazadouros a céu aberto e sem nenhum tratamento.³ Mesmo após a implementação da Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), em 2010, muitos municípios ainda depositam os resíduos em locais inadequados como lixões e aterros controlados.⁴ No estado de Pernambuco, quase 70% dos municípios ainda depositam os resíduos sólidos em lixões.⁵ O aterro sanitário é preparado para proteger o solo, o ar e possíveis lençóis freáticos da contaminação pelos líquidos e gases resultantes da decomposição dos resíduos, o que não existe nos lixões a céu aberto.⁶

Ao mesmo tempo, é do lixão que muitas pessoas adquirem o sustento de suas famílias, atuando como catadores de materiais recicláveis. Há estimativas de que existem, aproximadamente, 15 milhões de pessoas que trabalham com coleta de lixo, incluindo os setores de coleta seletiva.⁷ Utilizando dados do último Censo do IBGE, o Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR) estimou que o número de catadores em atividade no Brasil é de 800 mil trabalhadores.⁸ Essa atividade profissional foi reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 2002, e segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), “os catadores de materiais recicláveis trabalham na catação, seleção e

venda de materiais recicláveis e reaproveitáveis, como papel, papelão, vidro, materiais ferrosos e não ferrosos, dentre outros”.⁹

As pessoas catadoras de materiais recicláveis fazem parte de uma parcela da população excluída e marginalizada que não consegue se incluir no mercado de trabalho formal, e a maioria atua em lixões, apesar de a PNRS prever a “implantação de infraestrutura física e aquisição de equipamentos para cooperativas ou outras formas de associação de catadores de materiais reutilizáveis e recicláveis formadas por pessoas físicas de baixa renda”. Através do trabalho nos lixões conseguem sobreviver em condições sub-humanas, desempenhando atividades comumente ligadas a vários fatores que colocam em risco a saúde, tais como exposição a variações climáticas, a ruídos e ao mau cheiro, ao risco de atropelamentos, quedas, perfurações, mordidas de animais, sobrecarga de trabalho e levantamento de peso, além de contaminações por agentes e materiais biológicos e químicos.^{10,11}

Diante desse contexto de vulnerabilidades, pressupõe-se que os catadores de materiais recicláveis vivem em condições que os conduzem a uma má qualidade de vida, caracterizada pelo surgimento de várias necessidades de acesso aos serviços de saúde. Este estudo objetivou analisar a percepção dos catadores de materiais recicláveis sobre suas necessidades de saúde, a relação dessas necessidades com a sua atividade laboral e a utilização dos serviços de saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com o desenho do tipo estudo de caso, realizada no município de Limoeiro-PE, no período de janeiro a maio de 2018. O município estudado localiza-se a uma distância de 77 quilômetros da capital de Pernambuco e conta com uma população de 56.140 habitantes, distribuídos na zona urbana (80,4%), e na zona rural (19,6%).¹²

A pesquisa teve a colaboração de 10 sujeitos residentes no município de Limoeiro que atuam como catadores de materiais recicláveis. Para a identificação desses trabalhadores, a equipe de pesquisa visitou o lixão do referido município e conversou com representantes da associação local, a Associação Acamarel Padre Luis Cechin.

A partir desses primeiros contatos elegeram-se sujeitos-chave para a realização das entrevistas, quando os entrevistados foram indicando os catadores mais antigos que trabalhavam nesse lixão, utilizando-se a técnica amostral da bola de neve. Foram aplicados como critérios de inclusão: idade superior a 18 anos e trabalhar como catador de materiais recicláveis há mais de 1 ano.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, contendo questões referentes ao perfil social e demográfico, atividades laborais como catador(a) de materiais recicláveis, percepção sobre necessidades de saúde e utilização dos serviços de saúde.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em data e local mais conveniente para cada voluntário. Foi solicitada autorização para gravar as entrevistas em áudio. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.¹³

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, através do Parecer nº 2.394.740.

Resultados e Discussão

Dentre os 10 catadores participantes da pesquisa, 7 são mulheres com faixa etária entre 33 e 60 anos. Em relação à escolaridade, 4 são analfabetos, 5 não concluíram o ensino fundamental, e apenas 1 concluiu o ensino médio. Os entrevistados trabalham no lixão, em média, 9 horas por dia, 6 dias por semana, e há mais de 10 anos.

Na análise dos dados qualitativos identificaram-se 3 categorias analíticas: i) percepção sobre as necessidades de saúde e o trabalho no lixão; ii) utilização dos serviços de saúde; e iii) condições de trabalho e o risco à saúde.

Percepção sobre as necessidades de saúde e o trabalho no lixão

Neste estudo compreende-se que *“as necessidades de saúde não se esgotam na demanda, nas ‘necessidades sentidas’, nas ‘necessidades médicas’, nas ‘necessidades de serviços de saúde’, ou nas*

doenças, carências, riscos e sofrimentos".¹⁴ A partir deste entendimento buscou-se identificar no discurso dos catadores evidências de sua compreensão sobre o que consideram ou não necessidades de saúde e quais alternativas buscam quando as identificam.

Muitos catadores referiram sofrimento com algumas doenças ou com sintomas de adoecimento e o relacionaram à necessidade de utilizar os serviços de saúde. Dentre os problemas referidos, a hipertensão arterial sistêmica, dor de cabeça, alterações no colesterol e dificuldades respiratórias foram os mais citados.

[...] a minha pressão é alta. Aí, de vez em quando, eu vou ao posto, só para aferir a pressão [...] sinto tontura [...]. (E4, 58 anos).

[...] os pulmões pretos, umas manchas que nunca, nunca descobre que doença é essa. Infecção urinária, colesterol [...]. (E8, 60 anos).

[...] às vezes, de vez em quando, sinto dor de cabeça. (E5, 42 anos).

Embora a maioria dos catadores tenha relatado algumas situações de adoecimento, esses problemas não foram percebidos como necessidades de saúde ou como motivo para buscar assistência dos serviços de saúde. Muitos que relataram problemas respiratórios, por exemplo, o fizeram como se os considerassem aspectos naturais da sua rotina de trabalho no lixão.

[...] não, doença não, tem gente que cansa, porque tem muita fumaça quando pega fogo, aí a gente tem que trabalhar na fumaça [...] tempo de fumaça a gente cansa, mas depois passa. (E1, 45 anos).

O adoecimento é relatado de forma "naturalizada" por esses trabalhadores, o que pode interferir na percepção de necessidades e riscos potenciais à sua saúde. A capacidade de "silenciar" essas condições precárias de vida e trabalho pode ser reforçada na luta pela sobrevivência, e os catadores vão se adequando, ao seu modo, às precárias condições de trabalho.¹⁵ Essa naturalização do sofrimento pode representar uma dificuldade de perceber a necessidade de assistência à saúde e, além disso, de compreender outras necessidades sociais das quais são privados ao longo da vida, como melhores condições de trabalho, educação e habitação, por exemplo.

Condições de trabalho e o risco à saúde

Os riscos laborais são percebidos tanto em relação a cortes e perfurações e outros acidentes quanto a contaminação, intoxicação, contusões, e exposição prolongada às variações climáticas. Foi bastante citado pelos catadores o risco relacionado à presença de material perfurocortante no lixão, principalmente vidros e seringas.

[...] o risco é de a gente levar uma furada, pegar uma doença contagiosa [...] levar corte de vidro [...] [...] vida de catador, só quem enfrenta é quem tem coragem mesmo, porque tem dias que a gente sai de meia noite, 1:00 hora da manhã, dependendo da hora que o carro passa pro lixão, a gente tem que ir atrás. Aí a gente vai pendurado na coleta de noite, arriscado a cair né? (E1, 45 anos).

[...] todo tipo de risco, de se cortar, de se furar com uma seringa contaminada com algum tipo de doença que vem, todo tipo de contaminação a gente tá arriscado. (E6, 39 anos).

Levar corte de vidro, furada de agulha de hospital, queda da coleta ou acidente pior né. (E7, 36 anos).

É um fogão velho que vem na coleta, é um pneu desabar de dentro da coleta e pegar na pessoa, machucar. É soro do hospital, é agulha, é tudo que vem do hospital, ali ofende, vai ofender a nós todos. Uma catinga, um mau cheiro, aquilo tudo está nos prejudicando. (E10, 62 anos).

A maioria dos riscos percebidos pelos catadores também foi descrita em outros estudos que apontaram os perigos de inalação de substâncias químicas tóxicas, fumaças e poeiras, ruídos de veículos, objetos perfurocortantes, contaminação com micro-organismos patogênicos, posturas inadequadas, excesso de horas de trabalho e peso, pancadas e quedas no ambiente de trabalho dos lixões.^{16,17}

Apesar de esses trabalhadores perceberem os riscos a que estão expostos, os identificam também com certa naturalidade, como inerentes ao trabalho que desenvolvem, e não costumam utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Os catadores entrevistados relataram conhecer os EPI, mas não os utilizam ou os usam parcialmente. Argumentam que não possuem os equipamentos ou “não gostam” de usá-los. Segundo os entrevistados, a utilização dos EPI atrapalha o ritmo de produtividade da coleta dos materiais recicláveis.

Só o sapato, somente sapato e calça [...] nunca gostei de luva, bota, só o sapato mesmo ou então a calça [...] dá uma suadeira na mão [...] atrapalha muita coisa [...]. (E2, 33 anos).

Trabalho com a minha roupa mesmo, a bota e meia. Luva eu não tenho. Trabalho sem luva mesmo, só com a mão mesmo [...]. (E4, 58 anos).

[...] Só a bota. Às vezes a gente acha, usa, mas depois não quer usar mais, porque incomoda muito [...]. (E3, 31anos).

Situações semelhantes também foram relatadas em outro estudo que identificou que os catadores realizavam o trabalho sem nenhum EPI, a qualquer hora do dia e sob inesperadas variações climáticas.¹⁸ Os equipamentos de proteção individual são essenciais nos processos de reciclagem, por isso é imprescindível que o trabalhador seja instruído e treinado quanto à aceitação do EPI na sua rotina de trabalho, de modo que o mesmo se torne ferramenta inerente a esse processo, e que a importância e a necessidade do seu uso sejam evidenciadas sempre, por ser em benefício de sua própria segurança e saúde.¹⁹

Além do acesso aos equipamentos de proteção adequados, é imperativo que o poder público implemente ações que assegurem melhores condições de vida e trabalho a essas pessoas. A luta pela sobrevivência é muito árdua para esses trabalhadores que se submetem a condições tão precárias de trabalho. Diversos estudos corroboram os achados deste trabalho, evidenciando que em vários territórios as pessoas que sobrevivem como catadores de materiais recicláveis nos lixões têm direitos básicos violados, convivendo com diversos tipos de riscos ambientais e laborais, enquanto lutam por sua sobrevivência.^{20,21,22}

Para Gomes²³, todos os trabalhadores são susceptíveis a enfrentar inseguranças no trabalho, que vão desde a precarização do local de trabalho à perda de direitos sociais. No caso dos catadores de materiais recicláveis, são visíveis os inúmeros desafios a serem enfrentados, a exemplo de melhores

condições de trabalho, desenvolvimento de políticas públicas no sentido de estabelecer estratégias de desenvolvimento social e econômico, e o fortalecimento das associações para ampliar a organização do trabalho de forma cooperativa.²⁴ Neste estudo evidenciou-se que um desafio importante enfrentado por esses trabalhadores está relacionado às condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde.

Utilização dos serviços de saúde

Quando questionados sobre a utilização dos serviços de saúde, alguns entrevistados relataram dificuldades de acesso à atenção básica. Dentre os motivos relatados estão: a não flexibilidade no horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e a dificuldade para conseguir “pegar uma ficha” para agendar atendimento. Em decorrência disso, muitos procuram o hospital como primeiro recurso de assistência.

É muito difícil, porque eu não gosto de posto e também para a gente pegar uma ficha ali, naquele posto, tem que sair de madrugada [...] porque é muito difícil o atendimento ali [...]. (E1, 45 anos).

[...] no hospital eu vou lhe falar viu, eu fui quando fui pra maternidade ganhar menino [...] e no posto faz bastante tempo também, não vou negar, já faz muito mais de 6 meses que eu fui no posto para medir a pressão[...]. (E4, 58 anos).

Alguns catadores relataram que fazem utilização pontual da atenção básica e relacionam isso à pouca flexibilidade dos horários de funcionamento dos serviços, uma vez que a maioria deles trabalha mais de 10 horas por dia, não dispendo de tempo para procurar o serviço e tentar conseguir a ficha que garante o agendamento do atendimento.

Alguns estudos sobre o acesso aos serviços de saúde já evidenciaram que os aspectos organizacionais se constituem como importantes barreiras ao acesso da população ainda na atenção básica. Além disso, a quantidade e o perfil de formação dos recursos humanos, a falta e/ou insuficiência de materiais e instrumentos para a realização de atendimentos, e a própria localização das unidades de saúde também são obstáculos de acessibilidade.^{25,26}

Considerada essa dificuldade que os catadores de materiais recicláveis enfrentam para acessar os serviços de saúde, é frequente a utilização da automedicação como meio de realizar o próprio cuidado.¹⁸ Foi recorrente, entre os catadores, a narrativa de valorização do hospital como a instituição que pode resolver os problemas de saúde que apresentam, enquanto percebem a atenção básica como serviço pouco resolutivo.

[...] eu gosto mais de ir para o hospital [...] porque quando a gente diz que tem alguma coisa, se a gente for esperar pelo posto, a gente morre [...]. (E1, 45 anos).

[...] Eu vou para o hospital. Porque lá tem o medicamento certo para a pessoa tomar, né? E lá no posto, a gente vai para o médico, o médico só passa o remédio e diz assim: Vá para o hospital. Aí, eu vou direto para o hospital, porque lá a gente toma soro e toma remédio. (E5, 42 anos).

Outro achado relevante é o hábito de automedicação relatado pelos catadores. Dentre os entrevistados, há aqueles que “não sentem” a necessidade da procura pelo serviço de saúde, mas relatam fazer uso de medicamentos sem o acompanhamento de um profissional de saúde.

Eu fico em casa, cuido em casa mesmo, compro os remédios, vou para a farmácia [...]. (E2, 33 anos).

[...] nunca estive num posto de saúde não [...] não, porque eu mesmo me cuido, eu compro um comprimido, passa as dores, tomo um chá, passa as dores, aí eu não procuro. Até aqui nunca procurei posto de saúde. [...] só estive no hospital uma vez que eu fui acidentado [...]. (E10, 62 anos).

A cultura de automedicação expõe seus praticantes a muitos riscos, favorecendo assim a ocorrência de efeitos adversos e até complicações no adoecimento da população. A automedicação é baseada em uma concepção equivocada na qual os medicamentos são valorizados ao máximo, e o seu uso de forma desenfreada pode acarretar o surgimento de novos problemas de saúde ou a complicação daqueles já existentes.²⁷

Mesmo em situações de acidentes de trabalho, que na sua maioria são cortes, perfurações e quedas, os catadores relataram que são raras as vezes em que procuram por atendimento no serviço de saúde, com manutenção dos cuidados em suas próprias residências ou até mesmo no seu ambiente de trabalho, o lixão.

[...] cortei os 4 dedos no lixo. Fui pegar uma coleta, apalpei um saco de vidro, para mim era material, mas quando eu puxei da coleta e apalpei cortei os 4 dedos. Mas, graças a Deus, foi corte leve e eu pude safar né? [...] [...] o sangue escorria por todo canto em mim. Dona S. foi quem me ajudou lá. Ela disse: venha cá, o que foi isso na mão? Aí eu mostrei a ela e ela disse cortou os dedos? Vidro? Coloque a mão na terra!! Na terra seca. Aí, eu botei a mão na terra e o sangue saindo, saindo, saindo. Aí, depois ela disse: Eu vou amarrar. Aí, ela amarrou os meus pulsos de um lado e do outro, e eu fiquei com as mãos lá na terra... com pouco tempo o sangue foi parando. Aí, eu enrolei os dedos com pano de lá mesmo. (E4, 58 anos).

O relato desses acidentes e a forma de proceder dos catadores após sofrê-los, remediados com os recursos de que dispõem em casa ou no ambiente dos lixões, são mais uma evidência da amplitude dos riscos e necessidades de saúde vivenciados por esses trabalhadores. Esses achados também foram identificados em outro estudo que cita quedas, cortes e torções articulares como os principais acidentes sofridos pelos catadores.²⁸

Considerações Finais

A reciclagem é fundamental na Política Nacional de Resíduos Sólidos, o que confere grande importância aos catadores, já que através do desenvolvimento da atividade de catação e venda dos materiais recicláveis contribuem na redução do uso de matérias-primas virgens, no aumento da vida útil de aterros sanitários, e na preservação do meio ambiente. Contudo, as pessoas que atuam como catadores suportam precárias condições de trabalho e de vida, discriminações e desvalorização de sua mão de obra.

Os processos de adoecimento e os riscos laborais que enfrentam nem sempre são percebidos por eles como necessidades de saúde, nem como motivo para buscar assistência na rede de atenção. Ao

mesmo tempo, vivem uma cultura de automedicação, muitas vezes para tentar suprir a lacuna da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Há muita fragilidade na compreensão sobre a importância do uso de equipamentos de proteção individual e a necessidade de procurar por atendimento quando estão doentes. A necessidade de desenvolver uma maior produtividade na catação para adquirir recursos para condições elementares de sobrevivência, bem como os custos de aquisição de EPIs, parecem exercer um efeito de sobreposição na percepção de riscos e necessidades de saúde. Nem a gravidade dos acidentes de trabalho é identificada e tratada de maneira adequada, levando os catadores, muitas vezes, a dispensar os cuidados específicos e utilizar práticas improvisadas e arriscadas de minimização dos acidentes, tais como conter sangramentos com tecidos encontrados no próprio lixo. A violação de direitos básicos expõe a gravidade da precariedade das condições de vida e trabalho a que estão submetidas essas pessoas, que ainda parecem viver de modo invisibilizado ao poder público.

Ante esse contexto de vulnerabilidades e inseguranças, destaca-se a condição de trabalho e acesso aos serviços de saúde como determinantes da situação de saúde dos catadores. Reforça-se, portanto, a urgência de fortalecimento de políticas públicas que garantam direitos fundamentais de cidadania, tais como: condições adequadas de trabalho, moradia, alimentação e acesso aos cuidados de saúde à população.

Referências

1. Freitas CM, Rocha V, Silva EL, Alpino TMA, Silva MA, Mazoto ML. Conquistas, limites e obstáculos à redução de riscos ambientais à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1981-1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04702018>. Acesso em: 01 Mai 2021
2. Siqueira MM, Moraes SM. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(6): 2115-2122.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA. Situação social das catadoras e dos catadores de material reciclável e reutilizável. 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?id=741:situacao-social-das-catadoras-e-dos-catadores-de-material-reciclavel-e-reutilizavel-brasil-dezembro-2013&format=pdf&option=com_content. Acesso em: 02 Fev 2020
4. Brasil. Tire suas dúvidas sobre a Política Nacional de Resíduos Sólidos, 2014. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/meio-ambiente/2014/08/tire-suas-duvidas-sobre-a-politica-de-residuos-solidos> >. Acesso em: 28 de set. 2019.

5. Estarque T. Quase 70% dos municípios de PE ainda depositam resíduos sólidos em lixões, aponta TCE. G1 Pernambuco, Pernambuco, 07 fev. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/pernambuco/noticia/quase-70-dos-municipios-ainda-depositam-residuos-solidos-em-lixoes-aponta-tce-pe.ghtml>. Acesso em 23 de set. 2019.
6. Silva NLS. Aterro Sanitário para resíduos sólidos urbanos - RSU – Matriz para Seleção da Área de Implantação. (Trabalho de Conclusão de Curso). Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2011.
7. Cruvinel VRN, Machado GC, Marques CP, Araújo WN, Trindade JA, Jorge FAM, Dourado APFK. O fim do maior lixão da América Latina: inclusão socioprodutiva e cuidado com a saúde dos catadores de materiais recicláveis. CEPAL. 2020. Disponível em: <https://archivo.cepal.org/pdfs/bigpushambiental/Caso79-OFimdoMaiorLixaodaAmericaLatina.pdf>. Acesso em 03 Mai 2021.
8. Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR). Mulheres são maioria entre Catadores de Materiais Recicláveis. Disponível em: <http://www.mnccr.org.br/noticias/noticias-regionais/mulheres-sao-maioria-entre-catadores-organizados-em-cooperativas>. Acesso em: 15 out. 2019.
9. Silva MC. Trabalho, Economia Solidária e Catadores de Recicláveis: desigualdades de gênero e de raça, em busca da cidadania. Revista da Abet. 2014; 13(2): 248-261.
10. Oliveira, MAD. Percepção de riscos ocupacionais em catadores de materiais recicláveis: estudo em uma cooperativa em Salvador-Bahia. (Dissertação). Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
11. Oliveira JA, Fernandes SCS, Almeida SSM. Análise das representações sociais de catadores de lixo de Sergipe acerca de sua realidade social. Psico. 2012; 43(1): 55-68.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de Limoeiro. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/limoeiro/panorama>>. Acesso em: 23 de set. 2019.
13. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
14. Paim, JS. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006. Pág. 104.
15. Cavalcante S, Franco MFA. Profissão perigo: percepção de risco à saúde entre os catadores do Lixão do Jangurussu. Revista Mal-Estar e Subjetividade. 2007; 7(1): 211-231.
16. Ramos-Pintel, HM. Descarte de medicamentos e perfurocortantes no Distrito Federal: um olhar sobre a sociedade e os catadores de materiais recicláveis. (Dissertação). Brasília: Universidade de Brasília; 2017.
17. Colvero DA, Souza SM. Avaliação de riscos ocupacionais aos catadores de materiais recicláveis: estudo de caso no município de Anápolis, Goiás, Brasil. Revista Tecnologia e Sociedade. 2016;12(26):161-177.
18. Silva MJ, Silva MMD, Neves HJP. A qualidade do envelhecimento dos trabalhadores catadores da associação de Caruaru-PE. In: Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. V. 2, n. 1. Campina Grande: Anais CIEH, 2015.
19. Ramos MMG. Importância do uso dos equipamentos de proteção individual para os catadores de lixo. (Dissertação). Salvador: Atualiza-Associação Cultural; 2012.
20. Dobrachinski L, Dobrachinski MMM. Condições de vida, trabalho e saúde dos catadores de materiais recicláveis do lixão de um município do oeste da Bahia. Hígia: Revista de Ciências da Saúde do Oeste Baiano. 2016; 1(1):18-45. Disponível em: <file:///C:/Users/olive/Downloads/105-323-1-PB.pdf>. Acesso em 02 Mai 2021.

21. Cavalcante LPS, Silva MMP, Barros KNNO, Lima VLA. Catadores de materiais recicláveis e vulnerabilidades socioambientais: cenário de um lixão no sertão paraibano. In: Giovanni Seabra (Org.). Educação ambiental: ensino, pesquisa e práticas aplicadas. 1ed.Ituiutaba: Barlavento, 2017, p. 263-277.
22. Romano RN, Queiroga Filho E, Figueiredo EO, Lira IP, Lima EQ. Avaliação das Enteroparasitoses em Crianças e Adultos na Comunidade do Lixão Município Patos, Paraíba-Brasil. *Brazilian Journal of health Review*. 2019; 2(6):6124-6136. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/5625> Acesso em 04 Mai 2021.
23. Gomes JR. O mundo do trabalho e a condição de vida dos trabalhadores da catação, uma breve análise. *Revista Serviço Social em Perspectiva*. 2018; Anais do I Encontro Norte Mineiro de Serviço Social – I ENMSS: 339-351.
24. Lutinski JA, Neves LM, Quadros SO, Busato MA, Ferraz L. Catadores de materiais recicláveis: perfil social e riscos à saúde associados ao trabalho. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2017;13(24):162-174.
25. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis- Revista de Saúde Coletiva*. 2015; 25(2): 635-656.
26. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1283-1293.
27. Santos MC, Andrade ML, Lima VS, Silva GC. Perfil da automedicação por clientes de uma farmácia privada em cidade do Agreste de Pernambuco. *Rev. Bra. Edu Saúde*. 2020; 10(2): 50-56.
28. Coelho APF, Beck CLC, Fernandes MNS, Freitas NQ, Prestes FC, Tonel JZ. Mulheres catadoras de materiais recicláveis: condições de vida, trabalho e saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37(3): e57321.

Como citar: Lima DSF, Duarte PO, Sousa FOS. Condições de Trabalho e Utilização de Serviços de Saúde por Catadores de Materiais Recicláveis no Município de Limoeiro – PE. **Saúde em Redes**. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p11-23

Recebido em: 17/02/21

Aprovado em: 04/06/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p25-37

Avaliação de Sintomas Depressivos e Associação com a Limitação de Atividade em Pacientes Acometidos por Hanseníase em uma Unidade de Referência

Evaluation of Depressive Symptoms and Association with Limitation of Activity in Patients Affected by Leprosy at Reference Unit

Carla Andrea Avelar Pires

Médica. Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA);
Professora adjunta do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

E-mail:

ORCID:

Celso Angelo Martins Lima

Graduando em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA);

E-mail:

ORCID:

Danilo Souza Delgado

Graduando em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA);

E-mail:

ORCID:

Sabrina Sampaio Bandeira

Fisioterapeuta. Mestre em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará (UFPA);
fisioterapeuta da Unidade de Referência em Dermatologia Sanitária - Marcello Cândia/SESPA.

E-mail:

ORCID:

Resumo:

Objetivos: Analisar a frequência de sintomas depressivos em pacientes acometidos por Hanseníase em uma unidade de referência no Estado do Pará e correlacionar a incidência de sintomas depressivos com o grau de limitação de atividades e incapacidade física. **Metodologia:** É um estudo transversal, observacional e descritivo. Foram utilizados a escala de depressão de Beck e o *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* associado a obtenção do Grau de Incapacidade. A casuística foi composta por 104 pacientes diagnosticados com hanseníase, de ambos os sexos, que eram acompanhados em uma Unidade de Referência Especializada no Estado do Pará. **Resultados:** Foi evidenciada a presença de sintomas depressivos em 66,3% dos pacientes analisados e, destes, 14,4% manifestaram sintomas graves. Em relação à limitação de atividade, apenas 26% dos entrevistados se apresentaram sem limitação. O grau leve foi o mais prevalente, com 36,5% do total. Quanto ao grau de incapacidade, 30,7% apresentavam grau 1 e 42,3% grau 2. Foi encontrada correlação estatística significativa entre a limitação de atividades e a presença de sintomas depressivos leves a moderados. Ademais, o grau de limitação também se correlacionou com o grau de incapacidade dos pacientes. **Conclusões:** Os dados obtidos nesta pesquisa permitiram a compreensão do processo de adoecimento por outra perspectiva. A presença de sintomas depressivos e sua relação com as limitações causadas pela doença indicam a necessidade de ações de diagnóstico precoce, prevenção de incapacidades e melhorias na qualidade da assistência prestada a estes pacientes, incluindo a assistência psicológica.

Palavras-Chave: Hanseníase; Depressão; Limitação Física.

Abstract:

Objectives: To analyze frequency of depressive symptoms in patients affected by Hansen's disease at reference unit in the State of Pará and to correlate incidence of depressive symptoms and degree of activity limitation and physical disability. **Methodology:** It's a cross-sectional, observational and descriptive study. Beck's depression scale and Screening of Activity Limitation and Safety Awareness with Degree of Disability were used. The sample consisted of 104 patients diagnosed with leprosy, both sexes, who were followed up in a Specialized Reference Unit in the State of Pará. **Results:** presence of depressive symptoms was evidenced in 66.3% of the patients analyzed, and 14.4% manifested severe symptoms. In relation to activity limitation, only 26% of respondents presented without limitation. The mild degree was the most prevalent, with 36.5% of the total. As for the degree of disability, 30.7% had grade 1 and 42.3% grade 2. A statistically significant correlation was found between the limitation of activities and presence of mild to moderate depressive symptoms. In addition, degree of limitation also correlated with degree of disability of patients. **Conclusions:** The data obtained in this research allowed an understanding of the illness process from another perspective. Presence of depressive symptoms and their relationship with the limitations caused by the disease indicate need for early diagnosis, prevention of disabilities and improvements in quality of care provided to these patients, including psychological assistance.

Keywords: Leprosy; Depression; Disabled Persons

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico e incapacitante que representa um desafio à saúde pública apesar dos esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) e diversas entidades governamentais para sua erradicação.¹ Seu agente etiológico, denominado *Mycobacterium leprae*, possui alto poder imunogênico e pode gerar diferentes manifestações clínicas de acordo com a susceptibilidade e a resposta imunológica do hospedeiro frente à infecção².

No final de 2018, 177.175 casos de hanseníase foram recém-diagnosticados e notificados no mundo, o que representa uma taxa de detecção de 25.9/100.000.000 habitantes. No Brasil, no final de 2019, a incidência registrada foi de 31.827 casos de hanseníase, classificando o país com o segundo maior número de casos registrados no mundo, atrás apenas da Índia³. É interessante observar que a doença apresenta variações em prevalência de acordo com variações geográficas; dentro de um mesmo país podem ser definidas áreas de alto risco de infecção denominadas *clusters*. No Brasil, tais áreas são situadas em majoritariamente na Amazônia Legal, que inclui o Estado do Pará. Apesar de incluírem apenas 21,34% da população brasileira, esses grupos foram responsáveis por 60,4% dos novos casos de hanseníase entre 2001 e 2015⁴.

Em relação aos sinais e sintomas da hanseníase, estes incluem manifestações dermatoneurológicas, dentre elas: lesões de pele, principalmente em face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos; associado a lesões de nervos periféricos, que podem gerar alterações motoras e sensoriais, ocasionando impacto físico e social aos pacientes. Caso não tratada em sua forma inicial, a doença evolui de forma lenta e progressiva e tornar-se transmissível por meio do contato próximo e prolongado com indivíduos infectados⁵.

Devido ao acometimento neurológico, é fundamental avaliar as alterações em nervos periféricos por meio do grau de incapacidade física durante o acompanhamento desses pacientes. Este grau é analisado por meio do teste de força muscular e do teste de sensibilidade de olhos, mãos e pés.

Para avaliação da força muscular, é preconizado o teste manual de exploração da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Já o teste de sensibilidade é realizado com a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein em mãos e pés e de fio dental para os olhos. A partir de tais análises, os pacientes podem ser classificados como: Grau de Incapacidade 0: força muscular e sensibilidade preservadas; Grau de Incapacidade 1: diminuição da força muscular em pálpebras, mãos ou pés sem deformidades visíveis e/ou alteração de sensibilidade palmo-plantar e da córnea; Grau de incapacidade 2: deficiências visíveis causadas pela hanseníase (como lagofalmo, opacidade corneana central, garras, mão caída, pé caído, reabsorção óssea e atrofia muscular)⁶.

Além disso, as incapacidades e deformidades ocasionadas pelo processo crônico de evolução da doença podem gerar diminuição da capacidade funcional do paciente, com consequente limitação nas atividades diárias⁷. De acordo com a OMS, as pessoas com maior risco de desenvolver deficiências são as que apresentam Grau de Incapacidade 1 ou 2 no momento do diagnóstico⁷. As sequelas geradas pela doença demonstram as dificuldades em sua detecção, manejo e controle, as quais incluem o diagnóstico tardio, tratamento inadequado e dificuldade de acesso à atenção integral⁸.

Ademais, tais deformidades podem levar à limitação da vida social e impactar na qualidade de vida, autoestima e saúde mental dos indivíduos acometidos, sendo a depressão o transtorno psiquiátrico mais comum nesses pacientes⁷. Os estigmas e preconceitos relacionados à doença são dificuldades encontradas pelos acometidos que interferem diretamente nas relações interpessoais, gerando sentimentos de tristeza, baixa autoestima e isolamento social⁹. Na literatura, os sentimentos negativos identificados no relato dos pacientes com hanseníase incluem em sua maioria o mau humor, desespero, ansiedade e sintomas depressivos⁷.

Desse modo, considerando que a hanseníase é capaz de gerar incapacidades físicas, emocionais e sociais, o objetivo deste estudo foi analisar a frequência de sintomas depressivos em pacientes acometidos por hanseníase em uma unidade de referência no Estado do Pará e correlacionar a incidência de sintomas depressivos com o grau de limitação de atividades e incapacidade física.

Métodos

O presente estudo possui delineamento observacional e transversal. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará em 01 de setembro de 2020 (parecer nº 4.252.559) e segue todos os princípios éticos contidos nas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A casuística do estudo é composta por 104 pacientes diagnosticados com hanseníase, de ambos os sexos e idade acima de 18 anos, que eram acompanhados em uma Unidade de Referência, para o tratamento da doença, localizada no município de Marituba, Estado do Pará. Foram excluídos da pesquisa todos os pacientes que se recusaram a participar do estudo. Esta instituição atende, em média, 375 pacientes anualmente. Esses indivíduos são acompanhados regularmente pelo setor de psicologia da unidade, sendo encaminhados ao centro de apoio psicossocial caso necessitem de acompanhamento psiquiátrico.

Quanto à metodologia, primeiramente, foram identificadas variáveis sociodemográficas e dados clínicos para caracterização da população estudada. Entre estas variáveis, foram incluídas: sexo, faixa etária, classificação clínica, classificação operacional, tempo de doença e grau de incapacidade.

Para reconhecer a presença de sintomas depressivos foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) na versão validada em português. A escala original apresenta 21 itens, cada um variando sua pontuação entre 0-3, e pode ser dividida em duas subescalas: a primeira é denominada cognitiva (itens 1-13) e a segunda é denominada somática (itens 14-21). Os itens da escala referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Os pontos de cortes foram propostos por Beck e são classificados em: menor que 10 = sintomas depressivos ausentes ou mínimos; de 10 a 18 = sintomas depressivos de leves a moderados; de 19 a 29 = sintomas depressivos de moderados a graves; de 30 a 63 = sintomas depressivos graves. É válido

ressaltar que o BDI não diagnostica depressão, sendo considerado um questionário de rastreio que não substitui uma entrevista diagnóstica com um médico especialista¹⁰.

Em seguida, foi aplicada a Escala de Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (Triagem de limitação de atividade e consciência de risco), conhecida como Escala SALSA, que objetiva avaliar a extensão da limitação de atividade e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização de atividades. Trata-se de um questionário que avalia a percepção do paciente quanto à limitação de atividades. De acordo com a pontuação, o escore delimita as seguintes classificações: menor que 25 = sem limitações; de 25 a 39 = limitação leve; de 40 a 49 = limitação moderada; de 50 a 59 = limitação severa; acima de 60 = limitação muito severa. Um escore baixo indica pouca dificuldade durante a realização das atividades da vida diárias, enquanto escores mais altos indicam níveis crescentes de limitação de atividade¹¹.

A amostra foi avaliada por estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central (média aritmética), variância (desvio padrão) e frequências absoluta e relativa. Para avaliação da distribuição categórica foi utilizado o teste do Qui-quadrado de aderência. Para avaliação considerando a forma clínica e o grau de incapacidade dentro das escalas utilizadas foram usados os testes T de Student ou Mann-Whitney, de acordo com a amostra analisada. Toda a inferência estatística foi calculada utilizando os softwares BioEstat 5.4 e Graphpad Prism 6.0, considerando p-valor significativo ≤ 0.05 .

Resultados

No presente estudo, foram entrevistados 104 pacientes, dentre os quais 76% eram do sexo masculino. Houve predomínio de pacientes que possuíam a forma dimorfa da Hanseníase (65,38%), seguidos dos pacientes com a forma Virchowiana (30,77%), como visualizado na Tabela 1. Deste total, 44 pacientes possuíam Grau 2 de incapacidade segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde.

Em relação à presença de sintomas depressivos pelo questionário de Beck, visualizado na Tabela 2, 33,65% dos pacientes não apresentaram sintomas, enquanto 24,04% apresentaram sintomas moderados a graves. Dentre estes, destaca-se que apenas 15 pacientes foram classificados com a presença de sintomas depressivos graves.

A escala SALSA aplicada no trabalho apresentou um total de 73,08% dos pacientes com algum grau de limitação física (leve, moderada ou grave). Entre estes, 38 pacientes apresentaram limitação leve, seguidos pelos pacientes que apresentaram limitação moderada, que totalizaram 26 pacientes (Tabela 2).

A Figura 1 destaca a disposição dos pacientes de acordo com a sua pontuação na escala SALSA, além de correlacionar esta pontuação com o grau de incapacidade, agrupando os pesquisados de mesmo grau nas colunas. Destaca-se com as linhas vermelhas das colunas da Figura 1 a média da pontuação dos pacientes de cada grau apresentado.

Após análise estatística, verificou-se relação significativa entre o grau de incapacidade apresentado pelo paciente e a pontuação na escala de limitação de atividade. Observa-se que os pacientes com grau 2, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde, apresentaram uma média superior aos pacientes com grau 0 e 1 na escala SALSA. Os pacientes com grau 2 apresentam uma média de 40,11 pontos, já os pacientes com grau 0 apresentam média de 24,96 pontos. Como visualizado na Tabela 3, o grupo com Grau 0 de incapacidade tem todos os seus integrantes distribuídos entre sem limitação ou limitação leve, enquanto que o grupo Grau 2 tem limitações distribuídas em todas as categorias e, principalmente, entre leve e moderada (Figura 1).

Com a verificação da Tabela 3, não houve correlação estatística entre o grau de incapacidade segundo a classificação da OMS e a classificação da presença de sintomas depressivos. Assim, nota-se que os pacientes com sintomas depressivos graves representaram 14,29% dos pacientes com grau 0 de incapacidade, enquanto os pacientes com grau 2 entram com 11,36% de seus entrevistados com sintomas depressivos graves.

Entretanto, ao analisar a correlação entre a presença de sintomas depressivos e a limitação de atividade de acordo com a pontuação da escala SALSA, houve relação significativa. Diante dos dados, observa-se que os pacientes que não apresentaram sintomas depressivos distribuem-se entre aqueles sem limitação e com limitação leve ou moderada. Enquanto isso, os pacientes com limitação severa ou muito severa pela escala SALSA apresentaram distribuição entre sintomas depressivos leves a moderados e moderados a graves, como visto na Tabela 4.

Discussão

Levando em consideração as características clínicas e sociodemográficas, 73% dos participantes deste estudo são do sexo masculino e 86% diagnosticados pela classificação operacional como multibacilares. A maior frequência de indivíduos acometidos ser do sexo masculino representa uma tendência já verificada em outros estudos e ocorre principalmente por conta de certas condições que podem facilitar o acometimento por hanseníase nos homens^{12,13}. Dentre elas, pode-se citar o menor cuidado

dispensado à saúde pelo sexo masculino, o que dificulta a detecção precoce da doença e o tratamento adequado¹².

A maior prevalência da classificação operacional multibacilar e da forma clínica dimorfa, que ocorreu em 65% dos indivíduos, é semelhante aos dados clínicos resultantes de pesquisas prévias, como a desenvolvida por Gaudenci em 2015, em que 84,4% dos pacientes realizaram esquema de tratamento multibacilar¹⁴. Este dado configura um reflexo do retardo do diagnóstico na rede de saúde, realidade encontrada em diversos serviços, em que muitas vezes os portadores da doença procuram assistência já em graus avançados de acometimento dermatoneurológico¹⁴.

Ademais, destaca-se que a presença de sintomas depressivos é comum na hanseníase, devido à ocorrência frequente de incapacidades físicas e sequelas permanentes na ausência de diagnóstico precoce. As mudanças ocasionadas pela doença podem gerar sofrimento psíquico em pacientes previamente independentes¹⁴.

Além das limitações físicas, diversos aspectos socioculturais podem ser condicionantes que aumentam o sofrimento dos doentes, como o estigma e o preconceito historicamente atrelados à doença, que contribuem para aumentar a exclusão e os sentimentos depreciativos relacionados à autoimagem corporal, além de gerar sentimentos de medo, rejeição e insegurança¹⁵. Um estudo realizado com mulheres acometidas pela hanseníase destacou que a doença estava relacionada com alterações na rotina diária, tornando-as dependentes de outras pessoas para realizar suas atividades. Além disso, muitas delas relataram a incapacidade de realizar atividade laboral, recorrendo a uma aposentadoria precoce¹⁶.

Nesse sentido, a percepção de sintomas como preocupação somática, dificuldade no trabalho, insônia, fadiga e perda da libido, bem como baixa autoestima e sentimento de culpa foram muito relevantes no estudo desenvolvido por Correa em 2014, que avaliou a presença de sintomas depressivos em pacientes acometidos pela hanseníase. No estudo de Correa, 43% dos participantes apresentaram sintomas depressivos de intensidade moderada a grave⁷. Tal fato é semelhante ao que foi encontrado no presente trabalho, em que a frequência de sintomas depressivos encontrada por meio do Inventário de Depressão de Beck foi de 66,3%.

Dentre o total de casos avaliados, em 27,8% foram encontrados sintomas depressivos leves a moderados, em 24% sintomas moderados a graves e em 14,4% sintomas graves. A alta prevalência de sintomas depressivos evidencia que grande parte desses pacientes está sob o risco de desenvolver

transtornos depressivos e necessitam de acompanhamento com uma equipe especializada que realize monitoramento periódico⁷. A presença de uma equipe capaz de acolher o paciente é fundamental para o manejo da doença, haja vista que muitas dificuldades podem ser enfrentadas com auxílio profissional, como o preconceito e a estigmatização que levam ao afastamento de familiares por medo do contágio e ao isolamento do próprio portador, dificultando a adesão e estímulo ao tratamento¹⁶.

Somado a isso, os estudos mostram a maior ocorrência de transtornos mentais comuns, como o transtorno depressivo, em indivíduos do sexo feminino, economicamente ativos e de baixo nível socioeconômico¹⁷. Porém, no presente estudo não houve correlação significativa entre a presença de sintomas depressivos e o sexo do participante, o que pode estar relacionado ao recorte adotado pelo estudo, com amostra reduzida.

Assim como no estudo de Correa em 2014, no presente estudo não foi encontrada correlação estatística entre a presença de sintomas depressivos encontrados no BDI e o grau de incapacidade. Entretanto, houve correlação entre a presença de sintomas depressivos detectados pelo BDI e o grau de limitação de atividades dimensionada pela escala SALSA, visto que os pacientes com limitação grave e muito grave estão entre os pacientes com sintomas depressivos de leves a moderados e de moderados a graves. Nota-se que a presença de incapacidade física compromete significativamente a qualidade de vida do doente, o qual, inconformado com suas limitações, pode apresentar vários sintomas emocionais como tristeza, raiva, revolta, culpa, vergonha, angústia e sentimento de rejeição e abandono¹².

Contudo, é válido ressaltar que em 33,65% dos entrevistados não foi observada a presença de sintomas depressivos, sendo 15 destes enquadrados no grau 2 de incapacidade segundo a OMS. Isso sinaliza que mesmo com a limitação funcional ocasionada pela doença, estes pacientes mantiveram a qualidade de vida sem prejuízo social perceptível. O dado pode estar relacionado com o conceito da resiliência, considerada a capacidade do indivíduo de lidar com as adversidades da vida e de adaptar-se a situações potencialmente depreciativas. Em relação ao adoecimento, o indivíduo pode tornar-se capaz de superar as vulnerabilidades advindas pela doença, ainda que apresente algum grau de deficiência¹⁸.

Ao analisar a pontuação na escala SALSA, dentre o total de casos analisados, percebeu-se que 73% dos pacientes apresentavam algum grau de limitação, sendo esta moderada em 25% e grave ou muito grave em 11,5% dos pacientes. Diante dos dados, notou-se que 38% dos pacientes apresentaram limitação leve, o que corrobora com o estudo de Santos em 2014, no qual a maioria dos pacientes apresentavam limitações leves¹⁹. Os resultados assinalados podem estar relacionados a uma eficaz trajetória assistencial dos pacientes, com prevenção da instalação de graus de incapacidade física, ou

facilidade no acesso a serviços que promovam a prevenção de incapacidades, estimulem o autocuidado e a reabilitação¹⁹.

Ademais, notou-se uma associação estatisticamente significativa entre o grau de incapacidade e a escala Salsa, ou seja, quanto maior o grau de incapacidade, mais limitado é o paciente. Os pacientes com grau de incapacidade I e II possuíram uma média de pontos na escala superior aos pacientes com grau 0. Em números, os pacientes com grau II apresentaram uma média 40,11, contra a média de 24,96 dos pacientes com grau 0.

Corroborando com o achado, essa tendência também foi relatada por Nascimento, em 2020, em um estudo em que 45% dos pacientes com hanseníase referiram algum grau de limitação ou restrição à participação social, refletindo a necessidade de um acompanhamento longitudinal e um plano terapêutico que envolva o diagnóstico precoce e a busca ativa de novos casos, para assim diminuir a incidência de sequelas e deformidades que geram tais limitações⁸. Estes resultados assemelham-se também com aqueles encontrados por Silva em 2019, nos quais todos os pacientes acometidos pela hanseníase com limitação muito severa e severa apresentavam grau II de incapacidade²⁰.

Considerações Finais

A análise de sintomas depressivos e limitação de atividade em pacientes acometidos pela hanseníase permitiu compreender o processo de adoecimento por outra perspectiva. A limitação de atividade ocasionada pela doença promove sequelas que, além da incapacidade física, podem comprometer a saúde mental do indivíduo, manifestando-se na presença de sintomas depressivos. Além disso, um grau de incapacidade elevado pode levar à limitação na realização das atividades cotidianas, o que prejudica a qualidade de vida do doente. Os dimensionamentos das limitações, das restrições e da presença de sintomas depressivos permitem avaliar as demandas do paciente acometido pela doença, indicando a necessidade do fortalecimento de ações de prevenção de incapacidade e de medidas que melhorem a qualidade da assistência prestada a estes pacientes, incluindo a assistência psicológica.

Referências

1. Ribeiro MDA, Silva JCA, Oliveira SB. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. Rev. Panam. Salud P 2018 Jun;42:1-7.
2. Veloso DS, Melo BC, Sá TLB, Santos JP, Nascimento EF, Costa FAC. Perfil clínico epidemiológico da hanseníase: uma revisão integrativa. Rev Eletron Acervo Saúde 2018 Jan;10(1):1430-37.
3. World Health Organization. Global Leprosy Strategy 2016: accelerating towards a leprosy-free world: Monitoring and Evaluation Guide. New Dheli, 2019.

4. Rodrigues RN, Leano HAM, Bueno IC, Araújo KMFA, Lana FCF. Áreas de alto risco de hanseníase no Brasil, período 2001-2015. *Rev. Bras. Enferm.* 2020 Jun;73(3):1-7.
5. Brasil MS. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: MS; 2017
6. Brasil MS. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: MS; 2016.
7. Correa BJ, Marciano LHSC, Nardi ST, Marques T, Assis TF, Prado RBR. Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. *Acta Fisiatr.* 2014 Dez;21(1):1-5.
8. Nascimento, D. S. et al. Limitação de atividade e restrição à participação social em pessoas com hanseníase: análise transversal da magnitude e fatores associados em município hiperendêmico do Piauí, 2001 a 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, Fortaleza*, v. 29, p. e2019543, 2020.
9. Silva, P.M.F.; Pereira, L.E.; Ribeiro L.L.; Santos, D.C.M.; Nascimento, R.D.; D’azevedo, S.S.P. Avaliação das limitações físicas, aspectos psicossociais e qualidade de vida de pessoas atingidas pela hanseníase. *Rev Fun Care Online.* 2019 jan/mar; 11(1):211-215
10. Cunha, JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
11. Reis BM, Fernandes LFRM. Association between the Rosén and Lundborg Score and the Screening Activity Limitation and Safety Awareness scale in hand functional evaluation of patients with leprosy diagnosis. *Disabil Rehabil.* 2019 Jun;41(13):1578-1583. doi: 10.1080/09638288.2018.1432708. Epub 2018 Jan 30. PMID: 29382234
12. Rocha, M.C.N; Nobre M.L.; Garcia, L. P. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). *Cad. Saúde Pública* . 2020
13. Oliveira LR, Nascimento AR, Nascimento MMP, Pereira AP, Lemos ICS, Kerntopf MR. Limitação de atividades e participação social entre usuários de um grupo de autocuidado em hanseníase. *R. Interd.* 2016; 9(1):171-81
14. Gaudenci, E. M. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e incapacidade física de pacientes com hanseníase. *Hansen. int, Uberaba*, v. 40, n. 2, p. 48-58, 2015.
15. Carvalho, P. R. S. et al. Aspectos socioculturais como condicionantes ao sofrimento psíquico de pessoas acometidas pela hanseníase: um estudo de revisão. *Research, Society and Development, Natal*, v. 9, n. 10, p. e9949109407-e9949109407, 2020
16. Santana, LD, Silva, SPC, Lira MOSC, Vieira MCA, Santos NTN, Silva TIM, et al . Significado da doença para mulheres com hanseníase . *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2017 jan-fev [citado 2019 mar]; 7 (1): 111 -22.
17. Finotti, R. F. C.; Andrade, A. C. S.; Souza, D. P. O. Transtornos mentais comuns e fatores associados entre pessoas com hanseníase: análise transversal em Cuiabá, 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília*, v. 29, p. e2019279, 2020.
18. Silva Júnior EGD, Eulálio MDC, Souto RQ, Santos KL, Melo RLP, Lacerda AR. The capacity for resilience and social support in the urban elderly. *Cien Saude Colet.* 2019 Jan;24(1):7-16. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018241.32722016. PMID: 30698235.
19. Santos, C.L. et al. Avaliação do usuário no período pós-alta da hanseníase: utilização das escalas SALSA e participação social [Dissertação]. Porto Velho: Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2014

20. Silva, P.M.F.; Pereira, L.E.; Ribeiro L.L.; Santos, D.C.M.; Nascimento, R.D.; D'azevedo, S.S.P. Avaliação das limitações físicas, aspectos psicossociais e qualidade de vida de pessoas atingidas pela hanseníase. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):211-215

Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em serviço de referência em Marituba – Pará, 2020.

Características gerais	n	%	p-valor
Sexo			
Masculino	76	73,08	Qui-quadrado <0.0001
Feminino	28	26,92	
Total	104	100,00	
Classificação clínica			
Tuberculoide	4	3,85	Qui-quadrado <0.0001
Dimorfo	68	65,38	
Virchowiano	32	30,77	
Total	104	100,00	
Grau de incapacidade			
Grau 0	28	26,92	Qui-quadrado 0.1353
Grau 1	32	30,77	
Grau 2	44	42,31	
Total	104	100,00	

Fonte: Entrevista com os participantes da pesquisa.

Tabela 2: Classificação de sintomas depressivos em pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em serviço de referência em Marituba – Pará, 2020.

Classificação de sintomas	n	%	p-valor
Classificação de sintomas depressivos			Qui-quadrado 0.0469
Ausentes	35	33.65	
Leves a moderados	29	27.88	
Moderados a graves	25	24.04	
Graves	15	14.42	
Total	104	100.00	
Classificação SALSA			
Sem limitação	28	26.92	Qui-quadrado <0.0001
Leve	38	36.54	
Moderada	26	25.00	
Severa	6	5.77	
Muito severa	6	5.77	
Total	104	100,00	

Fonte: Entrevista com os participantes da pesquisa.

Tabela 3: Classificação de sintomas depressivos e classificação de limitações segundo o grau de incapacidade em pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em serviço de referência em Marituba – Pará, 2020.

Classificação de sintomas	Grau 0		Grau 1		Grau 2		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Classificação de sintomas depressivos							
Ausentes	12	42,86	8	25,00	15	34,09	0.4513
Leves a moderados	6	21,43	12	37,50	11	25,00	0.4029
Moderados a graves	6	21,43	6	18,75	13	29,55	0.8130
Graves	4	14,29	6	18,75	5	11,36	
Total	28	100,00	32	100,00	44	100,00	
Classificação SALSA							
Sem limitação	18	64,29	8	25,00	2	4,55	1.0000
Leve	10	35,71	10	31,25	18	40,91	0.0080
Moderada	-	-	10	31,25	16	36,36	<0.0001
Grave	-	-	-	-	6	13,64	
Muito grave	-	-	4	12,50	2	4,55	
Total	28	100,00	32	100,00	44	100,00	

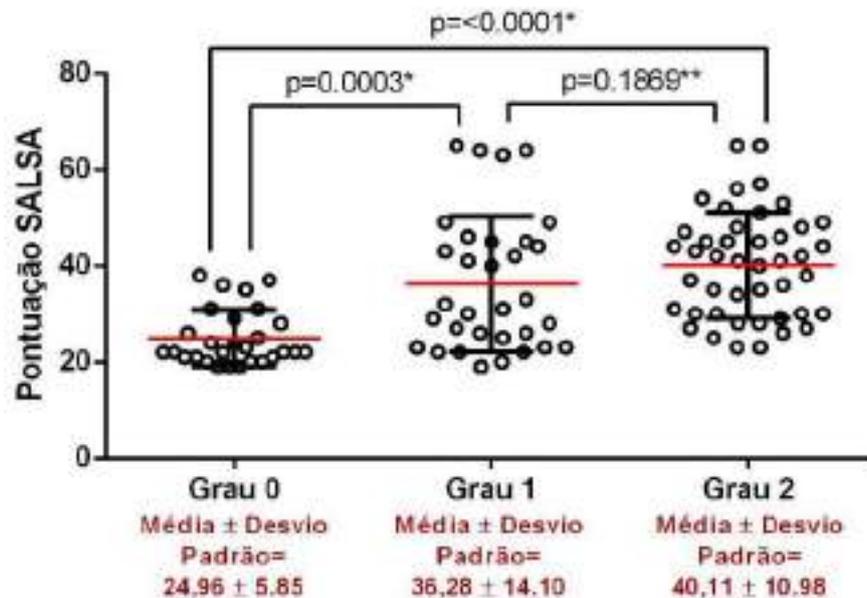
Fonte: Entrevista com os participantes da pesquisa.

Tabela 4: Classificação de sintomas depressivos segundo a classificação de limitações em pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em serviço de referência em Marituba – Pará, 2020.

Classificação BDI	Sem limitação		Leve		Moderada		Grave		Muito Grave		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ausentes	18	64,29	12	31,58	5	19,23	-	-	-	-	Teste G
Leves a moderados	8	28,57	12	31,58	7	26,92	2	33,33	4	66,67	<0.0001
Moderados a graves	2	7,14	10	26,32	5	19,23	4	66,67	2	33,33	
Graves	-	-	4	10,53	9	34,62	-	-	-	-	
Total	28	100,0	38	100,0	26	100,0	6	100,0	6	100,0	

Fonte: Entrevista com os participantes da pesquisa.

Figura 1: Pontuação dos pacientes segundo o *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* (SALSA) considerando o grau de incapacidade em pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em serviço de referência em Marituba – Pará, 2020.



Fonte: entrevista com os participantes da pesquisa

Como citar: Pires CAA, Lima CAM, Delgado DS, Bandeira SS. Avaliação de Sintomas Depressivos e Associação com a Limitação de Atividade em Pacientes Acometidos por Hanseníase em uma Unidade de Referência. **Saúde em Redes.** 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p25-37

Recebido em: 16/02/21

Aprovado em: 24/05/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p39-49

“Hiperbingão”: Uma Estratégia de Adesão ao Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde

“Hiperbingão”: a Strategy of Adherence to Treatment of Systemic Hypertension in Primary Health Care

Gabriely Westphal Ramos

Enfermeira graduada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: gabrielywestphal@gmail.com;

ORCID: 0000-0001-8481-632X

Paula Vitória Pena Machado

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: paula.vitoria.machado43@gmail.com;

ORCID: 0000-0002-8672-9235

Daniela Dallegrave

Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: daniela.dallegrave@ufrgs.br;

ORCID: 0000-0002-2151-1497

Resumo:

Objetivo: descrever a criação de um material educativo e sugestões de uso para melhoria da adesão ao tratamento e uso em grupos terapêuticos para manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Atenção Primária à Saúde. Métodos: o processo ocorreu em três etapas: escolha do público-alvo e modelo terapêutico, definição de atividade e elaboração. Destina-se a usuários da Atenção Primária à Saúde com diagnóstico de HAS. A escolha da atividade objetivou uma modalidade de fácil execução, baixo custo, com ênfase na motivação, assim, optando-se por uma versão modificada do modelo bingo, destinada a grupos terapêuticos. A produção ocorreu por meio de plataforma virtual de design, com uso de imagens de livre reprodução. Resultados: A criação final foi um jogo baseado no bingo. Na face frontal são apresentadas imagens de hábitos recomendados, marcando-se com a letra 'X' as atividades presentes no cotidiano. No verso, há um espaço reservado para registro de dúvidas e dificuldades e um espaço para controle da medicação, ingestão diária de água e curiosidades sobre hábitos de vida. Conclusões: O desenvolvimento da atividade proposta em serviços da atenção primária à saúde pode auxiliar os profissionais de saúde nas orientações de tratamento da HAS. Considerando as múltiplas estratégias de prevenção, acredita-se que a implementação do “Hiperbingão” pode ser uma maneira instigante de abordar o usuário sobre medidas de prevenção e torná-lo agente do próprio cuidado.

Palavras-chave: Educação em saúde; Atenção primária à Saúde; Hipertensão arterial; Saúde Pública.

Abstract:

Objective: To describe the creation of an educational material to be used in therapeutic groups for the management of systemic hypertension (SH) in primary health care (PHC), as well as suggestions for its use, in order to improve the adherence to the treatment. Methods: The development process

comprised three steps: choice of the target public and therapeutic model, establishment of the activity, and its preparation. It is aimed to PHC systemic hypertensive users. The choice of the activity was based on being easily performed, low-cost, and focused on motivation. Thus, it was chosen a modified version of the bingo model, aimed to therapeutic groups. It was produced through a virtual design platform, using public images. Results: The final creation was a bingo-based game. In the front face, it shows images of recommended habits, marking with a “X” those daily activities. In the back face, there is room for recording doubts and difficulties, as well as for the control of medication, daily water intake, and curiosities concerning life habits. Conclusions: The development of the proposed activity in primary health care services may help the providers for the guidance on SH treatment. Considering the multiple prevention strategies, it is believed that implementing the “Hiperbingão” [Hyperbingo] can be an exciting way to approach the users on preventive measures and make them agents of their own care.

Keywords: Health Education; Primary Health care; Hypertension; Public Health.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição de saúde multifatorial, crônica, não-transmissível e prevenível, definida por níveis elevados da pressão arterial (PA) que se sustentam de forma contínua. O aumento da tensão está relacionado a alterações e, posteriormente, prejuízos de função e estrutura aos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos)^{1,2,3,4,5}.

Essas mudanças estão relacionadas a um maior risco de ocorrência de doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca ou doença arterial coronariana, e outras, como insuficiência renal¹, acarretando um oneroso custo ao sistema público de saúde, além de uma redução acentuada na qualidade de vida^{1,4,6}.

No Brasil, o cenário epidemiológico da última década é pautado por uma elevada taxa de prevalência - apontado em 21,4% para HAS autorreferida e 32,3% para HAS verificada por meio de aferição de pressão arterial e uso de medicamentos antihipertensivos⁶ - e insuficiente controle dos níveis de PA, que, aliados ao caráter de fator de risco modificável constituem a HAS como um importante problema de saúde pública, contribuindo para a sobrecarga de serviços e custos de um sistema já saturado^{1,6}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal responsável pela prevenção e manejo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) dentro da assistência à saúde no Brasil⁵. A atenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) busca a prevenção da HAS em indivíduos com níveis de pressão arterial limítrofe e a detecção precoce e controle da condição já estabelecida, através de medidas não-farmacológicas, compostas essencialmente por modificações de hábitos de vida, tais como prática de atividades físicas,

adoção de dieta hipossódica, cessação do álcool, entre outras. Ainda, estas estratégias são associadas com o uso de fármacos antihipertensivos⁷.

A baixa adesão ao tratamento é um dos principais desafios enfrentados na APS quando se trata de modificações de estilo de vida, sendo uma prioridade o desenvolvimento de novas estratégias de educação em saúde que possam incentivar a atuação em fatores modificáveis⁸. Assim, busca-se a criação de novas modalidades terapêuticas para a implementação de ações de educação em saúde, visando despertar o interesse no autocuidado por parte dos usuários.

Neste cenário, as atividades educativas em grupos são apontadas como um fator de proteção, estimulando a adesão às terapêuticas recomendadas, além do incentivo à autonomia e papel do indivíduo como agente do próprio cuidado⁹. Ainda, permitem trocas de experiências, representando uma ferramenta ímpar de promoção em saúde¹⁰, sendo um espaço que possibilita a aplicação de diversas práticas e técnicas, a fim de incentivar e motivar a participação ativa da comunidade.

Deste modo, houve interesse em criar uma atividade que pudesse ser utilizada de forma fácil e acessível no contexto das UBS, objetivando intervir de forma humanizada e criativa nos processos de saúde-doença, instigando a participação dos usuários.

Frente a esse contexto, realiza-se a descrição e possibilidades de aplicação de um material como estratégia de adesão ao tratamento em grupos terapêuticos para usuários com diagnóstico de HAS na estratégia de atenção primária à saúde.

Metodologia

A atividade educativa foi elaborada a partir de três etapas pré-definidas: escolha do público-alvo e modelo terapêutico, definição do modelo de atividade e elaboração. O público delimitado foram os usuários da Atenção Primária à Saúde com HAS. A escolha da prática educativa pautou-se na discussão sobre diferentes modalidades de tarefas recreativas que pudessem ser de fácil execução, baixo custo e despertassem o interesse e a motivação do usuário, de forma a facilitar a implementação em UBS, optando-se pela utilização de uma versão modificada do modelo bingo, com seu uso destinado a grupos terapêuticos e também com possibilidade de utilização em consultas individuais.

Por último, a elaboração foi realizada por meio da plataforma de design gráfico e utilizados bancos de imagens de livre reprodução. As imagens selecionadas foram consideradas representativas de cuidados de vida diários para pessoas com HAS, em decorrência de seu potencial recreativo e simples interpretação. A criação deste material foi compreendida no período de outubro a dezembro de 2020.

Resultados

A criação do material resultou em um panfleto de jogo, tendo por base o bingo. Na face frontal são apresentados hábitos de vida saudáveis recomendados aos usuários acometidos por hipertensão: adesão aos medicamentos, redução do consumo de bebidas alcoólicas e cigarros (cessação do tabagismo), prática regular de exercícios físicos, ingestão de frutas e legumes, diminuição do consumo de sal nas refeições, aferição regular da pressão arterial, ingestão de água e atividades de lazer e higiene (Figura 1). Tais medidas foram baseadas em recomendações do Ministério da Saúde ao cuidado do cidadão com hipertensão arterial sistêmica¹¹.

Um dos usos recomendados seria assinalar com a letra 'X' nas imagens referentes às atividades que estão presentes em seu cotidiano, com uma pontuação sugerida de '+2' (somar dois pontos) para cada item da primeira linha e '+1' (somar um ponto) para os itens das linhas restantes. Como alternativa para consumo sustentável e reutilização das cartelas nas unidades de saúde, é possível solicitar a devolução da cartela ao final da atividade e o preenchimento com o uso de lápis de escrever.

No verso, há um espaço para manifestação de dúvidas e dificuldades frente às atividades de cuidado diárias, sendo recomendável levá-lo aos encontros coletivos para discutir e compartilhar suas vivências, assim como nas consultas individuais com profissionais de saúde, para retomada de medidas e orientações relacionadas à mudança de estilo de vida que impactam na redução dos índices pressóricos. Ainda, há um espaço para registro do controle dos medicamentos durante os dias da semana, ingestão diária de água e curiosidades sobre alguns hábitos de vida (Figura 2).

O uso sugerido na prática das UBS seria realizado por meio da distribuição das cartelas em reunião do grupo terapêutico, de maneira que os usuários levem-nas para casa e marquem os hábitos presentes em sua rotina durante aquela semana. No próximo encontro, é feito o retorno do material para avaliação das pontuações, análise e debate das possíveis dúvidas e questionamentos surgidos ao longo do período de tempo de uso da cartela do Hiperbingão, aproveitando o momento para realizar educação em saúde.

Esta modalidade de uso foi pensada com base na carga horária disponível para as reuniões dos grupos terapêuticos, visando disponibilizar uma maior quantidade de tempo para as discussões e trocas. Ressalta-se que a gamificação, ou seja, utilizar-se de jogos como estratégia educativa no cuidado em saúde pode empregar marcadores de competitividade ou de cooperação para engajar os participantes. A escolha entre atributos de competitividade ou cooperação dependerá do envolvimento dos participantes, a ser percebido pelos profissionais responsáveis pela condução da atividade em grupo.

No material proposto também podem ser estimuladas estratégias de cooperação, como por exemplo reunir todos os participantes que marcaram determinado tipo de cuidado ou ainda, reunir duplas, sendo um que tenha assinalado o cuidado e outro não, para que conversem sobre como incluir aquele cuidado na rotina de quem ainda não pratica. A troca de experiências entre pessoas com situações de saúde semelhantes pode favorecer a autoidentificação, a percepção de novas modalidades de resolução de questões relacionadas aos cuidados diários e, principalmente, estimular a solidariedade entre pares.

Ainda, é possível implementar a realização desta atividade em períodos temporais distintos, como a periodicidade trimestral, por exemplo, objetivando a visualização objetiva da evolução dos usuários e do real potencial de aderência ao tratamento estimulado pelo jogo.

A dinâmica grupal incluiria sobretudo o compartilhamento de vivências¹² das pessoas com hipertensão e como se sentem em relação a essa condição crônica, cabendo ao profissional de saúde a responsabilidade de orientação sobre cada um dos hábitos recomendados, suas finalidades, suas ações no organismo e a importância da adesão ao tratamento para que os indivíduos sejam capazes de promover o autocuidado com qualidade e eficiência.

O material final foi registrado no repositório digital LUME UFRGS, pertencente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)¹³, como um recurso educacional, sendo disponibilizado para uso por outros profissionais de saúde.

Devido ao surgimento da pandemia de COVID-19, o material ainda não foi efetivamente aplicado nas unidades de saúde, em decorrência da necessidade do distanciamento social, o que impossibilita a reunião presencial dos grupos terapêuticos. Assim, optou-se por, em um primeiro momento, realizar a descrição do produto elaborado, de forma a estimular a ampliação da discussão do uso de atividades lúdicas em saúde e, em um segundo momento, aplicar o material e analisar o seu potencial como ferramenta de adesão.

Discussão

A utilização de recursos tecnológicos no campo da saúde é essencial para o processo de ensino e aprendizagem, pois constituem-se a partir de uma metodologia ativa de ensino, que possibilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades. As ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde com o auxílio destes recursos são capazes de proporcionar aos usuários o exercício do autocuidado e o autoconhecimento frente a sua condição de saúde¹⁴.

Diante do cenário da integração cada vez maior de diferentes tecnologias na saúde, o emprego de jogos como atividades educativas vêm se tornando mais comum, com o objetivo de apresentar uma estratégia diferenciada aos padrões tradicionais de educação em saúde, ainda muito focados na perspectiva biomédica e pautados na transmissão de conhecimento de forma vertical, com metodologias expositivas como principal recurso^{15,16,17}.

Deste modo, o uso de novas práticas de aprendizado busca fugir do modelo convencional de construção de conhecimento passivo, responsável por criar relações hierárquicas entre profissionais de saúde e usuários do sistema¹⁷.

Os encontros em grupo tratam-se de uma atividade terapêutica, de abordagem multiprofissional, que tem em vista a articulação de diferentes saberes com funções de socialização, ensino-aprendizagem, entre outras, oportunizando a promoção de saúde, geração de pensamento crítico e uma partilha de vivências, além de possuir um papel de resolutividade de demandas de menor complexidade, o que o caracteriza como uma estratégia para lidar com a alta busca por atendimentos enfrentada pelas unidades de atenção básica^{12,15}.

Na busca por práticas inovadoras e com real aplicação e resultados terapêuticos, os jogos encontram-se em posição de destaque como estratégias promissoras, devido ao seu baixo custo, facilidade de implantação no cenário das unidades básicas de saúde e potencial de entretenimento aos usuários como incentivo à participação ativa¹⁸.

Ainda, são responsáveis por auxiliar o desenvolvimento de habilidades e competências de forma duradoura através do estímulo do pensamento crítico, da atenção e do engajamento ativo em dinâmicas que tiram os indivíduos de sua zona de conforto e problematizam resistências que possam estar presentes, trazendo resultados mais eficazes¹⁹.

Todavia, o seu potencial como recurso facilitador de compreensão, aprendizado e aumento da autoestima e autonomia¹⁹ ainda é pouco explorado, sendo assim, o emprego desta modalidade deve ser mais encorajado na prática da APS como instrumento de promoção em saúde, e o contexto dos grupos terapêuticos compõe um terreno com grande possibilidade de aplicabilidade de novas técnicas^{14,15}.

O papel do lúdico já é conhecido em outras áreas, com o uso de jogos e brincadeiras para fins terapêuticos na pediatria, tendo benefícios como redução dos níveis de ansiedade e estímulo do aprendizado e mudança de comportamentos já solidamente estabelecidos na literatura²⁰.

Ainda, o brincar terapêutico é uma das metodologias ativas de ensino mais conhecidas e seu uso nos aponta inúmeras vantagens, tanto para as crianças, quanto para adultos e profissionais que implementam as estratégias, tais como a sensação de gratificação com o trabalho e a promoção da interdisciplinaridade²⁰.

Na literatura, metodologias lúdicas ou que usem jogos com adultos são escassas, em consequência do reforço a ferramentas inscritas no modelo biomédico de saúde, ainda hegemônico, apesar da crescente humanização. Cabe destacar que existem estudos relatando resultados positivos advindos do uso de jogos, fundamentando a relevância de se pensar em novos modos de cuidado^{17,18,19}. Desta forma, se reconhece que é possível utilizar este nicho de intervenções com a atenção ao adulto, individualizando as estratégias de acordo com a população almejada²⁰.

Nesse sentido, a elaboração do "Hiperbingão" foi pensada para debate e problematização de diferentes hábitos de vida e sua importância frente à prevenção de agravos decorrentes da HAS¹⁷, para uma troca posterior de experiências entre os usuários.

As sugestões de uso descritas neste artigo recomendam momentos para diálogo sobre as dúvidas e dificuldades enfrentadas no processo, de forma a facilitar a adesão permanente a essas mudanças e a criar em conjunto um saber coletivo e, por último, focar em demandas que, de outra maneira, seriam reservadas para consultas individuais.

Assim, atua também como um plano para otimizar o fluxo de atendimentos prestados pela atenção básica, o que permitiria uma melhor distribuição de recursos financeiros e humanos, resultando em atendimentos mais resolutivos, de modo a trazer benefícios, tanto para a comunidade, quanto para os profissionais^{12,22}.

Considerações finais

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica que, quando descompensada, acarreta variadas complicações. Todavia, estes agravos são facilmente evitáveis e no cenário atual do sistema de saúde, são conhecidas múltiplas estratégias de prevenção dentre as quais o uso de jogos vêm adquirindo maior visibilidade e aderência devido ao incentivo da participação ativa e democrática e da troca de experiências oportunizada^{18,19,21}.

Desta maneira, o "Hiperbingão" foi elaborado para ser uma ferramenta que possa contribuir tanto para os profissionais de saúde, quanto para a comunidade, com o objetivo de facilitar o auxílio às orientações, à abordagem de medidas de prevenção e à adesão ao tratamento não medicamentoso, visando o estímulo de pensamento crítico que torne o usuário agente de sua própria saúde, com base na construção de conhecimento e autonomia para implementar mudanças de estilo de vida de maneira eficaz e produtiva.

Referências

1. Santiago ERC, Diniz AS, Oliveira JS, Leal VS, Andrade MIS, Lira PIC. Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2019 oct. [citado 2021 mai 08];113(4). Available from:<https://www.scielo.br/j/abc/a/SQKrhFy8BzvMFN6vgVFCs9x/?lang=pt>
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2006; Fev:1-48.
3. Goi CB, Salamoni H, Siqueira FD, Santos FB, Benetti SAW, Pettenon MK. Saúde escolar de adolescentes: incidência e prevalência de arterial sistêmica. *Rev enferm UFPE online* [Internet]. 2017 fev. [citado 2021 mai. 08];11(2):804-7. Available from:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/12003/14580>
4. Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes da Amazônia legal. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet] 2016 Jan-Mar. [citado em 2021 mai. 08];19(01). Available from:<https://www.scielo.org/article/rbepid/2016.v19n1/38-51/pt/>
5. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018; [citado 2020 dez 13];(suppl 1)21. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s1/1980-5497-rbepid-21-s1-e180021.pdf>.
6. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC); Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658.
7. Dantas RC, Roncalli AG. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. Jan 2019. [citado em 2021 mai. 08];24(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SPzQTQ6dJjYvgf8w7czq8MQ/?lang=pt>
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016;107(3 Supl 3):1-83.
9. Alvarez EA. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Resistência De Usuários Da Atenção Primária À Saúde Ao Tratamento Adequado. [Tese] Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.
10. Maron LC, Guzzo PC, Grando T. Grupos De Saúde Na Atenção Básica: Experiências de Enfermeiras Residentes. *Revista Contexto & Saúde Ijuí*, v. 14, n. 27 JUL./DEZ. 2014 p. 81-86.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica nº 37*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

12. Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 16(Supl.1):973-982, 2011 [citado 2021 jan 14]. Available from: <https://scielosp.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/973-982/pt>
13. Ramos GW, Machado PVP, Dallegrave D. Hiperbingão. LUME UFRGS Repositório Digital [Internet]. 2020. [citado em 2021 mai. 05]. Disponível em:<<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/218571>>
14. Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2016. [citado 2021 jun 15];37 (spe). Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/gCB5xxTX4wcSrGKfDBnDngQ/?lang=pt&format=htm>
15. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [citado 2021 jan. 15], Rio de Janeiro, 24(1):124-130. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>
16. Vieira MNM, Panúncio-Pinto MP. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 8 de junho de 2015 [citado 2021 jan 15];48(3):241-8. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104310>
17. Bezerra HMC, Gomes MF, Oliveira SRA, Cesse EAP. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. *Trab. educ. saúde* [Internet]. Rio de Janeiro, 2020 [citado 2021 jan 15] Vol.18 no.3. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300508&lang=pt
18. Lemos RA. Jogo Da Aps: Tecnologia Educativa Como Estratégia De Ensino-aprendizagem Da Política Nacional De Atenção Básica. *Cadernos de educação, saúde e fisioterapia* [Internet], 2016; [citado 2021 jan 15] v. 3, n. 6. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1235>
19. Alves L, Bianchin MA. O jogo como recurso de aprendizagem. *Rev. psicopedag.* [Internet]. São Paulo 2010 [citado 2021 jan 15] Vol.27 no.83. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862010000200013
20. Veiga MAB, Sousa MC, Pereira RS. Enfermagem e o Brinquedo Terapêutico: Vantagens Do Uso e Dificuldades. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde.* [Internet] Salvador, jan./jun. 2016 [citado 2021 jun 15] v. 3, n. 3, p. 60-66. Available from:<<http://www.atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Enfermagem-e-o-brinquedo-terap%C3%AAAutico-vantagens-do-uso-e-dificuldades-v-3-n-3.pdf>>
21. Lopes MTSR, Labegalini CMG, Baldissera VDA. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Rev enferm UERJ* [Internet]. Rio de Janeiro, 2017; [citado 2021 jan 15];25:e26278. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26278/24241>
22. Mesquita LM, Valente GSC, Soeiro RL, Cortez EA, Lobo BMIS, Xavier SCM. Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. *Rev. bras. educ.*

med. [Internet]. Brasília, Feb 27, 2020; [citado 2021 jan 15] Vol.44 no.1. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100301&lang=pt

Figura 1 - Hiperbingão: hábitos de vida



Fonte: sistematização própria.

Figura 2 - Hiperbingão: registro de atividades e dúvidas

Registre as suas atividades diárias de cuidado, dificuldades ou questionamentos.

Você sabia?

1. O excesso de peso é um fator de risco para a hipertensão.
2. É recomendado que diuréticos não sejam tomados durante a noite para não atrapalhar a qualidade do sono.
3. É bom para a minha saúde me exercitar todos os dias.

Lembretes

Medicamentos

S T Q Q S S D

Água



Fonte: sistematização própria

Como citar: Ramos GW, Machado PVP, Dallegrave D. “Hiperbingão”: Uma Estratégia de Adesão ao Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p39-49

Recebido em: 08/02/21
Aprovado em: 04/08/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p51-68

Grupos lúdicos: contribuições no tratamento oncológico de adultos

Ludic groups: contributions on the cancer treatment of adult

Natália Vinhando

Enfermeira, Especialista em Oncologia Pediátrica. Hospital de Câncer de Barretos (HCB).

E-mail: navinhando@outlook.com.

ORCID: 0000-0001-5379-3276.

Elza de Fátima Ribeiro Higa

Enfermeira, Doutora em Enfermagem Fundamental. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

E-mail: hirifael@gmail.com.

ORCID: 0000-0001-5772-9597

Monike Alves Lemes

Enfermeira, Mestre em Biologia e Envelhecimento. Universidade de Marília (UNIMAR).

E-mail: monikealvesx3@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-8769-0993

Márcia Aparecida Padovan Otani

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

E-mail: mpadovanotani@gmail.com.

ORCID: 0000-0001-9540-4996

Resumo

Objetivo: Analisar as contribuições dos grupos lúdicos no tratamento oncológico de pacientes adultos.

Método: Pesquisa exploratória qualitativa, realizada em um hospital filantrópico no interior paulista, com 18 pacientes adultos. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e os resultados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** Da análise dos dados, emergiram três categorias: sentimentos despertados durante a atividade dos grupos lúdicos, contribuições dos grupos lúdicos no tratamento oncológico e comentários e sugestões em relação à atividade dos grupos lúdicos. A motivação para continuidade do tratamento, o alívio da dor, a sensação de bem-estar e a mudança do ambiente hospitalar são referidas pelos participantes como contribuições dos grupos lúdicos e sugerem a continuidade e expansão dos mesmos. **Considerações finais:** evidencia-se que as atividades realizadas pelos grupos lúdicos é uma estratégia capaz de minimizar o sofrimento relacionado à doença e à internação hospitalar. Ressalta-se a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem sua importância durante a hospitalização como uma ferramenta para a humanização do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Ludoterapia; Oncologia.

Abstract

Objective: Analysing the contribution of ludic groups on the cancer treatment of adult patients. **Method:** Qualitative exploratory research, performed in a philanthropic hospital in São Paulo, with 18 adult patients. Data collection occurred through semi-structured interviews and the results were analyzed according to the Thematic Content Analysis. **Results:** The analysis of the data, three categories emerged: feelings aroused during the activity of ludic groups, contributions of the ludic groups in the oncological treatment and comments and suggestions regarding the activity of the ludic groups. The motivation to continue the treatment, the pain relief, the feeling of well-being and the change in the hospital environment are referred by the participants as contributions from the ludic groups and suggest their continuity and expansion. **Final considerations:** It is evident that the activities carried out by ludic groups are a strategy capable of minimizing the suffering related to the disease and hospitalization. The necessity of health professionals to recognize their importance during hospitalization as a tool for the humanization of health care is emphasized.

Keywords: Humanization of assistance; Play therapy; Medical Oncology.

Introdução

A hospitalização pode, muitas vezes, levar a um estado de estresse devido ao enfrentamento de situações inesperadas que fogem ao controle do paciente, como o rompimento da sua rotina diária e a obrigatoriedade de seguir novas regras. Além disso, a internação hospitalar pode gerar sentimentos diversos como medo, angústia e ansiedade, devido à limitação frente à doença ou à distância dos familiares.^{1,2} Esses sentimentos parecem potencializados, quando há necessidade de internação frequente, decorrente de doenças debilitantes como o câncer, pois envolve, muitas vezes, consequências físicas, psicológicas, sociais e espirituais e seu tratamento é, na maioria dos casos, invasivo e doloroso.^{2,3}

As neoplasias são a segunda causa de morte no mundo e foram responsáveis por 9,6 milhões de óbitos em 2018.⁴ No Brasil, estima-se que, para cada ano do triênio 2020-2022, ocorrerão 625 mil casos novos de câncer. O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).⁵

Na busca de estratégias para amenizar as consequências da internação e com o propósito de melhorar a assistência em saúde, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) ou Rede HumanizaSUS. Essa iniciativa tem como objetivo, incentivar que a prática em saúde seja desenvolvida com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, valorizando os sujeitos envolvidos no processo de cuidados, com ênfase na

escuta, no vínculo e no afeto.^{2,6,7} Cabe ressaltar que, a Rede HumanizaSUS migrou recentemente do site do Ministério da Saúde para uma plataforma virtual, com o propósito de garantir maior estabilidade e qualidade no acesso.⁸

O câncer, assim como outras doenças graves, traz consigo o medo do futuro, das mudanças corporais e da perda da própria vida, o que pode gerar sentimentos de incapacidade de combatê-lo. Frente a isso, é fundamental que, durante o tratamento, a equipe multiprofissional dos setores de oncologia possa identificar, por meio do vínculo e da empatia, os sentimentos do paciente e acolhê-lo de forma adequada. Além disso, é importante também que os profissionais estejam preparados para lidar com tais sentimentos advindos não só do cuidado com o paciente, mas também de sua família.^{2,9}

Nos hospitais públicos, as ações de humanização foram, em geral, iniciadas pelos próprios trabalhadores, por meio de atividades lúdicas, lazer, entretenimento, arte e melhoria na aparência física dos hospitais. Desse modo, esses profissionais tinham o propósito de que tais ações servissem como “válvulas de escape” e diminuíssem sentimentos relacionados ao sofrimento, tanto em pacientes, quanto em trabalhadores. Aos poucos, a rotina dos serviços tem sido aprimorada e essas ações vem ganhando consistência com novos programas temáticos e novas construções teóricas e técnicas.^{2,10}

Revisão da literatura

A ludoterapia é uma forma de psicoterapia adaptada ao tratamento infantil, cuja finalidade é auxiliar a criança, por meio da brincadeira, a expressar seus conflitos e dificuldades, além de favorecer sua melhor integração e adaptação social. Atualmente, as atividades lúdicas são utilizadas em todas as idades e busca promover o bem estar psicológico, na medida em que possibilita o alívio da ansiedade causada por experiências decorrentes do adoecimento e contribuem para o autoconhecimento e expressão de si mesmo e do mundo.¹¹

Dentre as diversas práticas lúdicas utilizadas como um recurso terapêutico destacam-se, nesta pesquisa, dois grupos que implementam técnicas derivadas da arte circense, com personagens que promovem a interação planejada ou improvisada com os pacientes. Um deles é o grupo “Clínica da Alegria” inspirado no filme “Patch Adams - o amor é contagioso”, lançado em 1998. O filme conta a história de um jovem que, ao se deparar com situações difíceis, descobre o prazer de ajudar as pessoas,

utilizando o bom humor. Patch Adams cursou medicina e, embora tenha sido criticado, conseguiu mostrar a importância da humanização do cuidado no âmbito hospitalar.¹²

O outro grupo chamado “Plantonistas por amor”, teve como referência os grupos “Doutores da Alegria” e “Hospitalhaços”. Em 1986, Michael Christensen, diretor do *Big Apple Circus* de Nova York, participou de uma apresentação com seu circo no *Columbia Presbyterian Babies Hospital*, em comemoração ao dia do coração, e fez brincadeiras sobre as rotinas médicas e hospitalares, utilizando técnicas circenses e teatrais. Com a reação positiva do público, a administração do hospital decidiu pela continuidade da atividade, criando o *Clown Care Unit*. Após dois anos, Wellington Nogueira, um brasileiro que, na ocasião morava em Nova York, passou a integrar tal grupo e, quando retornou ao Brasil, em 1991, iniciou o projeto “Doutores da Alegria” no Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, atual Hospital da Criança em São Paulo.¹³ O grupo Hospitalhaços, por sua vez, de proposta semelhante, foi fundado em 1999 pela Enfermeira Walkiria Camelo e começou na Unidade Pediátrica da Universidade Estadual de Campinas. Com a atividade, observou-se melhora do quadro clínico das crianças visitadas, que esperavam ansiosas pelo palhaço, deslocando assim, o foco da sua atenção diante das dificuldades da internação hospitalar. O projeto se expandiu e as visitas se ampliaram para todo o hospital.¹⁴

Uma pesquisa realizada com adultos com câncer demonstrou que a atividade desenvolvida por grupos lúdicos possibilitou alívio do estresse, fortalecimento do sistema imunológico e bem-estar físico, psíquico e social¹⁵, assim como aumento da perspectiva de vida, maior comunicação, atenção, interação e diminuição dos sentimentos como abandono e isolamento.⁹

Considerando a importância das práticas de humanização da assistência hospitalar e a existência de poucos estudos na literatura, que abordam sobre as contribuições da ludoterapia no tratamento de pacientes adultos, essa pesquisa buscou responder qual a contribuição desses grupos sobre o tratamento oncológico de adultos. Assim, objetivou-se analisar as contribuições dos grupos lúdicos sobre o tratamento oncológico para pacientes adultos internados em um hospital filantrópico. Desse modo, tem o propósito de aumentar o corpo de conhecimento acerca dessa temática e estimular a expansão de práticas semelhantes nos serviços de saúde.

Metodologia

Pesquisa exploratória e descritiva, que utiliza a abordagem qualitativa. Considera-se que tal abordagem é adequada pelo fato de trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, além de ajudar a clarificar os processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares e auxilia também na revisão e construção de novos conceitos e categorias ao longo da investigação.¹⁶

O local do estudo foi um hospital filantrópico de referência para especialidades e procedimentos de alta complexidade, localizado no interior paulista. Atende a uma população estimada em mais de um milhão de pessoas, sendo referência para 62 municípios da Divisão Regional de Saúde (DRS) a que pertence. Realiza internações pelo SUS em caráter de urgência/emergência, referenciadas pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) e seu Pronto Atendimento atende adultos e crianças referenciados pelos ambulatórios próprios ou pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência. Dispõe de 186 leitos de internação e conta com diversos atendimentos especializados, entre eles, os setores de oncologia clínica e cirúrgica para adultos e crianças.¹⁷

Neste hospital, o grupo “Clínica da Alegria” realiza atividades duas vezes ao mês, aos domingos, com adultos e crianças internadas; e o grupo “Plantonistas por Amor” desenvolve atividades uma vez por semana, às terças feiras, também com adultos e crianças internadas.²

A população do estudo foi constituída por 18 pacientes adultos hospitalizados para tratamento oncológico no referido hospital. Os critérios de inclusão foram: homens e mulheres acima de 18 anos, internação na unidade de oncologia do hospital em que o estudo foi realizado no período da coleta de dados e participação na atividade com os grupos lúdicos. Como critério de exclusão considerou-se a dificuldade de comunicação do paciente em decorrência da sua condição clínica.²

A coleta de dados foi realizada, por meio de entrevista semiestruturada, com pacientes internados no referido hospital, no período de 07/03 a 02/05/2017. O instrumento para coleta de dados continha informações referentes aos dados sociodemográficos e à atuação dos grupos lúdicos, com questões relacionadas aos sentimentos despertados, às contribuições sobre o seu estado de saúde e às sugestões em relação aos mesmos.²

As entrevistas foram precedidas de avaliação imediata da enfermeira responsável da unidade acerca da condição clínica dos pacientes a serem entrevistados em cada dia. Mediante essa avaliação, durante todo o período de coleta de dados, 10 pacientes não participaram da pesquisa devido a condições clínicas graves. As entrevistas foram realizadas no quarto dos pacientes ou na sala de estar da unidade de internação, após horas ou dias de atuação dos grupos lúdicos e tiveram duração média de 10 minutos. Foram gravadas em áudio e transcritas integralmente para melhor apreensão dos dados.

A suspensão da coleta de dados foi guiada pela saturação teórica, ou seja, a coleta foi interrompida quando não foram encontrados novos elementos e o acréscimo de novas informações deixou de ser necessário, visto que não alterava a compreensão do fenômeno estudado.¹⁸

Além da entrevista, os prontuários dos pacientes foram utilizados para coleta de dados sociodemográficos e dados referentes ao diagnóstico médico e tratamentos realizados, o que permitiu a melhor caracterização da população do estudo.

Para interpretação dos dados das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática, que se baseia na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma mensagem, sendo que sua presença ou frequência adquirem significado para o objeto analítico visado.¹⁶ É desenvolvida em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹⁹

Seguindo as etapas, na pré-análise, foi realizada uma leitura compreensiva do material coletado de forma exaustiva. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para atingirmos níveis mais profundos, buscando: (a) ter uma visão de conjunto; (b) aprender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; (c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e a interpretação do material; (d) escolher formas de classificação inicial e; (e) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise.¹⁹

Na segunda etapa, foi realizada uma exploração do material, ou seja, a análise propriamente dita. Nesse momento, as ações foram: (a) distribuição dos trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial e; (b) leitura dialogando com as partes dos textos da análise, em

cada classe. É nessa etapa que se faz a codificação dos dados, em que esses são agrupados de forma organizada, sendo identificadas as unidades de registro e as categorias temáticas.¹⁹

Na terceira etapa, referentes ao tratamento dos resultados, foram feitas as inferências no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais. Nessa fase, identificam-se os núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação. Os núcleos de sentido devem dialogar com os pressupostos iniciais e, se necessário, elaborar outros pressupostos. Para a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação.¹⁹

Seguindo a resolução 466/2012²⁰, que aborda os aspectos éticos na pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos, da Faculdade de Medicina de Marília e à instituição onde a mesma foi realizada, a fim de obter aprovação e autorização. Após aprovação do projeto de pesquisa, sob o número de protocolo CAAE 62124116.5.0000.5413, a coleta de dados foi realizada mediante esclarecimentos, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes envolvidos. A fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes, os mesmos são identificados com o código alfanumérico, onde a letra E significa entrevistado, seguida do número sequencial das entrevistas realizadas.

Dados sociodemográficos dos participantes

Participaram da pesquisa 18 pacientes que se encontravam internados no setor de oncologia e atenderam aos critérios de inclusão.

Os dados apresentados na Tabela 1 apontam predominância do sexo feminino, faixa etária 26 a mais de 70 anos, a maioria casada, com ensino fundamental incompleto e inserida no mercado de trabalho.

O diagnóstico médico dos participantes, a partir dos dados obtidos nos seus prontuários, está demonstrado na Tabela 2.

A prevalência foi do câncer de cólon e reto, seguido de mama e linfoma. Os demais estão distribuídos em diferentes tipos e localização. Na busca de compreensão do contexto dos pacientes que estavam em tratamento, outros dados encontrados nos prontuários foram destacados: A maioria tem uma doença primária e dois pacientes (11,1%) apresentam metástase. O tempo de início do tratamento foi de 0 a 6 meses, em sua maioria, e todos já tinham realizado, ao menos, um dos seguintes procedimentos: quimioterapia, radioterapia ou cirurgia. O motivo de internação variou entre: complicação do tratamento, realização de quimioterapia ou cirurgia, oxigenoterapia hiperbárica ou acompanhamento de possíveis recidivas da doença.²

Resultados

Da análise dos dados obtidos nas entrevistas, emergiram três categorias temáticas, apresentadas a seguir.

Sentimentos despertados durante as atividades com os grupos lúdicos

Na percepção dos participantes a atividade lúdica desperta sentimentos e reações positivas no estado de humor, expressados pelo sorriso, satisfação, alegria, bem-estar e sensação de alívio, tanto emocional, quanto físico.

Eles trazem uma alegria, um ânimo e uma motivação para continuar o tratamento. Eles vêm aqui, canta e você participa junto com eles, você se interage com eles... (E5).

Olha, é um tempo que a gente se diverte com eles. Me sinto bem, eles fazem bem... muito... alegres... divertem as pessoas... eu me sinto bem (E7).

[...] todos eles são carinhosos. [...] às vezes a gente está triste e acabam deixando a gente mais contente, alegre, dá um pouco de alívio, sabe.... [...] esses dias mesmo que eles vieram, eu estava bem triste, daí acabaram tirando um sorriso meu. Gostei deles! (E8).

[...] a gente até esquece dos problemas e se diverte com eles. ... a gente passa um momento bem gostoso (E10).

Distrai muito! Na hora, a gente nem pensa na doença, procura brincar com eles também e fica um clima diferente, muito bom. [...] parece que até a dor que está um pouquinho alterada, normaliza... nas brincadeiras, nós brincamos também (E12).

A partir dos depoimentos dos participantes, identifica-se que as atividades desenvolvidas pelos grupos lúdicos se constituem uma ferramenta potente, capaz de tornar o processo de tratamento menos traumático, na medida em que estimula o vínculo entre profissionais, pacientes e família e torna o ambiente hospitalar mais agradável. De acordo com as falas seguintes, essas questões podem ser evidenciadas também nos participantes que se encontram em estágio avançado da doença.

Mesmo sabendo que a pessoa está em fase terminal, eles mostram muita humanidade, muita brincadeira, então, me emocionou muito mesmo. Eles falam com a gente e brincam bastante... Fico feliz quando chegam aqui (E1).

A gente vê as palhaçadas deles e se sente alegre, feliz...pelo menos é o que eu sinto. Uma vez eu estava aí quase morrendo e eles foram lá e fizeram eu dar risada, deram um caminhãozinho e eu dei para o meu sobrinho (E14).

Anima e incentiva as pessoas, eu gostei [...] às vezes, as pessoas estão muito para baixo e eles animam sim. Hoje eu não estava muito bem, estava com dor, mas achei legal o jeito deles... você esquece o restante das coisas... nota dez para eles... agora estou bem, mais tranquila... (E16).

Foi incrível né, a visita dos “doutores da alegria”, me deixa bastante animado, alegraram tanto o meu coração, como o dela (mãe) (E18).

Contribuições dos grupos lúdicos no tratamento oncológico

A percepção dos participantes sobre os grupos lúdicos evidencia sua contribuição durante a hospitalização, propiciando-lhes melhora do estado emocional, sensação de felicidade, motivação para continuidade do tratamento, evocação de suas memórias, melhora da interação social, além de tornar o ambiente mais acolhedor e agradável.

Contribuem no emocional, no aspecto de querer viver mais a vida, não se entregar para a doença [...]. A mensagem que eles trazem é de valorizar a vida; vamos viver a vida (E1).

Eu senti que fiquei bem mais light, senti um alívio, porque eu sou uma pessoa muito tensa, nervosa. Eu acho que deve ter liberado alguma coisa em mim que me deixou mais feliz, porque rir é sempre bom. Ah, eu ri muito e gostei muito (E3).

[...] deixa a gente mais motivado para continuar o tratamento [...] uma experiência legal... ajuda a gente a não desanimar [...] influenciam no humor, é legal o trabalho que esse pessoal faz. Eles vêm aqui, cantam e você participa junto e interage, eu acho que é importante (E5).

Eu acho maravilhoso o grupo [...] A pessoa está lá na cama [...] eles chegam fazendo graça e alivia até a dor (E9).

Muitas vezes eu estava aqui [...] com saudades da família, dos filhos, muitas vezes eu estava pra baixo e aí eles chegavam e... nossa, ajuda muito (E17).

[...] o fato de estar internado é complicado [...] não é seu ambiente comum, sua casa né, é um lugar de sofrimento e isso alivia bastante [...] incentiva muito a continuidade da alegria da vida, de renascer [...] (E18).

Alguns depoimentos se reportam aos grupos, valorizando a atuação dos seus membros pela demonstração de afeto e disponibilidade para ajudar quem necessita.

Aqui dentro (hospital), a gente está triste e eles vem alegrar [...]. Parece que é uma maneira que eles mostram que tem amor pela humanidade, então acho interessante (E8).

Melhora nosso estado e a gente vê que ainda tem gente boa no mundo que quer ajudar, de uma certa forma ajudar (E10).

Comentários e sugestões em relação à atividade dos grupos lúdicos

As sugestões e comentários referentes às atividades lúdicas foram positivas como podem ser verificadas nas seguintes falas:

[...] seria bom que a gente recebesse até mais visitas, assim como é importante que a gente receba visitas religiosas [...] gostaria que os nossos governantes [...] colaborassem mais com a manutenção do grupo porque não é barata, a gente vê que não é barato [...] tanto o prefeito como qualquer outra pessoa [...] façam ações para dar mais condições de trabalho para eles (E1).

Se eles pudessem passar na UTI e que eles continuem assim (E2).

[...] é ótimo o trabalho deles e eu acho que eles deveriam passar mais vezes (E3).

Eu acho que o trabalho que eles fazem é bem completo em relação a levar alegria para os pacientes... eu acho uma experiência legal, tanto para gente que é paciente como para eles... enquanto seres humanos (E5).

Que continuem participando, o serviço deles é muito importante (E7).

Que eles continuem e não deixem de vir... eu acho que... eles são muito dispostos a fazer isso porque não é qualquer um que pega para fazer esse papel de incentivar, de agradar as pessoas, fazer sorrir... (E16).

Não precisam melhorar em nada, porque o que eles já fazem é essencial para poder dar ânimo para as pessoas e melhorar a autoestima (E13).

Discussão

A utilização de atividades lúdicas como ferramenta para proporcionar a humanização do cuidado é, ainda, considerada uma novidade em muitos serviços de saúde, especialmente no tratamento de pacientes adultos.²¹ Os resultados desse estudo corroboram com a literatura acerca da importância dessa atividade para minimizar o sofrimento decorrentes da doença, do tratamento e da hospitalização.

A perda da saúde, de funções do organismo e até do papel social anteriormente exercido podem culminar na sensação de “perda de si mesmo”, o que pode preceder sofrimento emocional, mental e a vivência do luto antecipatório. Assim, nesse período de afastamento de suas rotinas, casas e familiares, a estratégia de humanização do cuidado, realizada por meio de atividades com grupos lúdicos, pode amenizar essa experiência traumatizante da hospitalização.^{1,2,22}

A partir dos relatos dos participantes acerca das suas percepções sobre a atividade dos grupos lúdicos, nota-se que as falas possuem cargas semânticas semelhantes, ao externalizarem sentimentos e sensações positivas em relação à atuação dos grupos durante suas hospitalizações. A alegria, a motivação para continuar o tratamento, o alívio da dor, a sensação de bem-estar e a mudança do ambiente hospitalar são alguns exemplos relatados pelos participantes.²

Nesse sentido, a ludoterapia consiste em uma importante estratégia, capaz de auxiliar os pacientes oncológicos, inclusive adultos, a superarem os aspectos negativos da internação como ansiedade, desânimo, incerteza em face da morte. O desvio, mesmo que momentâneo, da preocupação com a doença, além de gerar alegria e descontração, favorece a manutenção do equilíbrio emocional e físico.^{2,23}

Um estudo randomizado controlado, realizado com 62 pacientes em tratamento em um ambulatório de radioncologia, após três sessões de terapia do riso com duração de 60 minutos cada, indicou que essa prática é potente para melhorar o estado de humor e a autoestima desses indivíduos.²⁴

Outro estudo trouxe, ainda, que a inclusão de atividades lúdicas auxilia na aceitação de procedimentos e rotinas hospitalares e que modifica a compreensão dos pacientes acerca dessa estratégia, que passa a ser entendida como componente do cuidado humanizado.²⁵

Além disso, dentre os benefícios da atividade lúdica, pode-se destacar o alívio da dor. De acordo com uma pesquisa, dez minutos de riso podem amenizar a nocicepção por horas.¹ Isso ocorre devido à liberação de neurotransmissores como endorfina e serotonina, relacionados a sensações de prazer e bem-estar, que são estimuladas pelas vivências positivas no contato entre terapeuta e paciente. O aumento do fluxo sanguíneo cerebral reduz sinais de ansiedade e depressão e estimula o funcionamento do sistema imunológico, o que torna essa prática uma importante estratégia coadjuvante no tratamento de pacientes oncológicos.^{1,2,26}

A fim de criar um ambiente hospitalar mais agradável, o uso do lúdico favorece também a interação entre paciente, família e equipe de saúde. A melhoria da relação paciente e profissional da saúde é essencial no tocante ao cuidado integral, pois, à medida em que o processo de comunicação entre esses melhora, o processo de cuidar aprimora-se por meio da identificação mais precisa das necessidades de saúde do paciente.^{22,27}

Quando a ludoterapia é realizada por palhaços, há, além dos benefícios supracitados, a “magia circense” atrelada a esse papel, bem como a possibilidade de diversão a partir das situações enfrentadas, dos problemas e da lógica subvertida. Tal possibilidade independe do status social e da condição do interlocutor, ou seja, é capaz de atender a todos os indivíduos hospitalizados. Ao ressignificar estruturas físicas, objetos, pessoas e situações, o palhaço não traz apenas humor, mas também instiga a imaginação e a criatividade, e assim pode transformar o ambiente hospitalar para todos os seus atores (pacientes, familiares e membros da equipe de saúde).²⁸

De acordo com Gadamer, filósofo contemporâneo, a arte é capaz de sobrepor a realidade vivenciada, mobilizando memórias, percepções e sentimentos que permitem ressignificar os momentos e a própria vida por meio de inúmeras reflexões.²⁹ Nesse sentido, pode-se notar que os benefícios emocionais e mentais da interação com grupos lúdicos, por meio da arte da representação de palhaços, não se encerram no momento de fuga da realidade.^{26,28}

Os grupos lúdicos que atuam no hospital onde a pesquisa foi realizada são de caráter voluntário, compostos por profissionais de diferentes profissões, que não necessariamente a área da saúde. Seus integrantes são submetidos a um processo seletivo e, após aprovados, participam de oficinas e

capacitações tanto na área de biossegurança quanto na artística, para criação de personagem e preparo de brincadeiras/atividades, além de encontros com enfoque na questão psicológica, como relacionamento interpessoal, estado emocional no processo de doença, tratamento e internação, entre outros.^{2,30,31}

A criação de grupos voluntários ou profissionais de palhaços, com enfoque no ambiente hospitalar, tem crescido em todo o mundo e é uma importante estratégia de promoção da humanização nesse ambiente.^{1,26,28} Seguindo o estilo de Michael, o palhaço apresenta-se nesse cenário como médico e, a partir da representação de situações dessa profissão, que habitualmente são finalizadas com quebra da expectativa do interlocutor, provocam o riso. Essa atuação pode utilizar também de dança, jogos, instrumentos musicais, entre outras ferramentas e habilidades.³²

Além da necessidade de os voluntários de grupos lúdicos desenvolverem habilidades e atitudes referentes à atuação como palhaço, bem como de compreender fundamentalmente o significado dessa figura, é imprescindível que compreendam a especificidade dessa atuação intra-hospitalar. O desconhecimento por parte dos próprios palhaços acerca de seu papel pode minimizar os benefícios de sua atuação, causar situações de constrangimento e rejeição e ainda aumentar o risco de infecções hospitalares. Assim, nota-se que, mais importante que os pacientes terem ciência do funcionamento e da constituição dos grupos lúdicos, é que os próprios voluntários estejam aptos teórica e tecnicamente para exercerem sua prática terapêutica, pois isso favorecerá para que os desígnios dessa ação sejam alcançados.²⁸

Em relação às propostas dos participantes acerca das atividades dos grupos lúdicos, muitos reforçaram a importância que têm em seu tratamento e demonstraram o desejo de que essas práticas continuem, que ocorram com maior frequência e que atuem também na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).²

Conforme relatado pelos participantes e explicado anteriormente, um aspecto essencial do contato com os palhaços é a resignificação do hospital e do processo de internação. Nesse sentido, tal encontro pode significar um aspecto positivo da hospitalização e, por essa razão, os pacientes anseiam por momentos como este e desejam que ocorram constantemente. Ademais, pacientes com internação de longo prazo podem evocar memórias sobre encontros anteriores e criar expectativas sobre os encontros seguintes, antecipando ou prolongando o momento de encontro, por essa razão, estabelecer continuidade e periodicidade é um fator essencial no cuidado aos pacientes.²⁸

Considerações Finais

Embora a literatura já demonstre que todas as faixas etárias se beneficiam com atividades lúdicas, nota-se que estudos relacionados à sua prática com adultos e idosos ainda são incipientes. Todavia, por meio dessa pesquisa, pôde-se salientar os benefícios dessa atividade para pacientes adultos em tratamento oncológico e reforçar que não devem ser excluídos da humanização no ambiente hospitalar.

A partir da análise realizada, considera-se que os grupos lúdicos contribuem no tratamento de pacientes oncológicos internados, na medida em que suavizam os sentimentos de abandono e impotência decorrentes da doença. Os resultados apresentaram conformidade com o pressuposto inicial desta pesquisa, em que se esperava, a partir do olhar empírico, que grande parte dos pacientes relatassem contribuições positivas ao participarem da atividade dos grupos, especialmente relacionadas aos aspectos emocionais.

Desse modo, evidencia-se que a atuação dos grupos lúdicos representa um influente motivador para a ininterrupta terapêutica, no nível em que promoveram, na visão dos participantes, respostas expressivas em seu estado emocional, físico e social. Dentre os aspectos citados como benefícios da atuação dos grupos lúdicos em seus tratamentos, foram destacados: alegria, diversão, distração, confiança, tranquilidade, alívio; ameniza sentimentos de abandono, impotência e pensamentos negativos; aumenta a adesão ao tratamento devido ao fortalecimento de vínculos e ambiente agradável entre profissionais, acompanhantes e pacientes.

Reconhecer o desempenho dos grupos lúdicos, no procedimento de hospitalização de pacientes adultos em tratamento oncológico, comporta melhor compreensão do valor dessa prática para a humanização da assistência hospitalar e do imperativo estímulo e apoio das mesmas pelos profissionais da saúde. Recomendamos que atividades semelhantes possam ser desenvolvidas em todas as áreas de internação hospitalar e destacamos a necessidade de novos estudos relacionados ao tema.

Referências

1. Paixão AB, Damasceno TAS, Silva JC. Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil. **CuidArte, Enferm** [periódico na internet]. 2016 [citado 2019 nov 15]; 10(2):209-216. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/209-216.pdf>
2. Vinhando N, Otani MAP, Higa EDFR, Mielo M, Lemes MA. A influência dos grupos lúdicos para adultos em tratamento oncológico. **Anais do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**; 2019 jul. 16-19; Portugal, Lisboa: CIAIQ; 2019. p. 899-908.

3. Brito EF, Araújo DMM, Pinheiro NCS. A brincadeira como recurso psicoterapêutico enquanto estratégia de enfrentamento. **Saúde Foco** [periódico na internet]. 2018 [citado 2019 nov 15]; 5(1):91-106. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2018.5.1.6>
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS). **Folha informativa: Câncer**. Brasília (DF): 2018.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): Inca; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Humanização**: documento para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
8. Laboratório de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Mídias Interativas da Universidade Federal de Goiás [homepage na internet]. Rede HumanizaSUS migra para plataforma WordPress [acesso 2020 mar 13]. Disponível em: <https://www.medialab.ufg.br/n/100193-rede-humaniza-sus-migra-para-plataforma-wordpress>
9. Giuliano RC, Silva LMS, Orozimbo NM. Reflexões sobre o brincar no trabalho terapêutico com pacientes oncológicos adultos. **Psicol Ciênc Prof** [periódico na internet]. 2009 [citado 2019 nov 15]; 29(4):868-879. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400016>.
10. Rios, IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev Bras Educ Med** [periódico na internet]. 2009 [citado 2019 nov 15]; 33(2):253-261. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>.
11. Santos SS, Alves ABS, Oliveira JC, Gomes A, Maia LFS A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. **Recien** [periódico na internet]. 2017 [citado 2020 mar 13]; 7(21):30-40. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/240/327>
12. Shadyac T. editor. Patch Adams: o amor é contagioso [DVD]. [S.l.: s.n.]; 1998. 1 DVD.
13. Oliveira RR, Oliveira IC. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [periódico na internet]. 2008 [citado 2019 nov 15]; 12(2):230-236. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000200005>.
14. Gimenes HC. Modelo de gestão estratégica em ONG de pequeno porte: caso da ONG Hospitalhaços [dissertação]. Campo Limpo Paulista (SP): Faculdade Campo Limpo Paulista; 2012.
15. Villamil M, Quintero A, Henao E, Cardona JL. Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. **Rev Fac Nac Salud Pública** [periódico na internet]. 2013 [citado 2019 nov 15]; 31(2):202-208. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a06.pdf>.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
17. Santa Casa de Misericórdia de [NN. Histórico. [NN]: Santa Casa [NN], c2014 [citado 15 nov 2019]. Disponível em: <http://www.santacasamarilia.com.br/pagina.php?id=13>

18. Fontanella BJB, Magdaleno Jr R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estudo* [periódico na internet]. 2012 [citado 2020 mar 13]; 17(1):1763-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a07.pdf>
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2012.
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. 2012 [citado 2020 mar 13] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
21. Oliveria WFd. O núcleo de humanização, arte e saúde: uma experiência coletiva de produção social de saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [periódico na internet]. 2016 [citado 2020 mar 13]; 8(18):214-230. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69375/41601>
22. Oliveira DSA, Cavalcante LSB, Carvalho RT. Sentimentos de pacientes em cuidados paliativos sobre modificações corporais ocasionadas pelo câncer. *Psicol Ciênc Prof* [periódico na internet]. 2019 [citado 2019 nov 15]; 39:1-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e176879.pdf>.
23. Marques EP, Garcia TMB, Anders JC, Luz JH, Rocha PK, Souza S. Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na internet]. 2016 [citado 2019 nov 15]; 20(3):e20160073. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160073>.
24. Kim S, Kook J, Kwon M, Son M, Ahn S, Kim Y. The effects of laughter therapy on mood state and self-esteem in cancer patients undergoing radiation therapy: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* [periódico na internet]. 2015 [citado 2019 15 nov]; 21(4):217-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25875938>.
25. Santos SS, Alves ABS, Oliveira JC, Gomes A, Maia LFS. A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. *Recien* [periódico na internet]. 2017 [citado 2019 15 nov]; 7(21):30-40. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/240>.
26. Mussa C, Malerbi FEK. O efeito do palhaço no estado emocional e nas queixas de dor de adultos hospitalizados. *Psicol Rev* [periódico na internet]. 2012 [citado 2019 nov 15]; 21(1):77-97. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/13584/10091>.
27. Theobald MR, Santos MLM, Andrade SMO, De-Carli AD. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. *Physis (Rio J)* [periódico na internet]. 2016 [citado 2019 15 nov]; 26(4):1249-69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400010>.
28. Sato M, Ramos A, Silva CC, Gameiro GR, Scatena CMC. Palhaços: uma revisão acerca do uso dessa máscara no ambiente hospitalar. *Interface (Botucatu)* [periódico na internet]. 2016 [citado 2019 nov 15]; 20(56):123-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0178>.
29. Gadamer HG. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes; 2006.
30. *Klinica da Alegria. Quem somos*. Marília (SP): 2016c.
31. *Marília Notícia. Grupo plantonistas por amor completa dois anos*. Marília (SP): 2017.
32. Zenlea IS, Scheff E, Szeidler B, Tess A, Santangelo J, Sato L et al. Enhancing patient safety in pediatric primary care. *Clin Pediatr* [periódico na internet]. 2015 [citado 2019 nov 15]; 54(11):1094-101. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25971462>.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes, Marília, 2017.

Variáveis	n.	Percentual %
Sexo		
Feminino	11	61,1
Masculino	07	38,9
Idade - Anos		
26 e 29	2	11,1
30 a 39	1	5,6
40 a 49	3	16,7
50 a 59	4	22,2
60 a 69	4	22,2
Acima de 70	4	22,2
Estado civil		
Solteiro	05	27,8
Casado	12	66,7
Divorciado	01	5,6
Formação		
Pós-Graduação <i>Stricto-Senso</i> incompleta	01	5,6
Ensino superior completo	02	11,1
Ensino médio completo	05	27,8
Ensino fundamental completo	01	5,6
Ensino fundamental incompleto	08	44,4
Analfabeto	01	5,6
Posição no mercado de trabalho		
Profissionalmente ativo em diversas funções	14	77,8
Aposentado	04	22,2
Total	18	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com o diagnóstico médico, Marília, 2017.

Variável	n.	Percentual %
Diagnóstico e localização dos tumores		
Cavidade Oral	1	5,6
Colón e Reto	6	33,3
Estômago	1	5,6
Fígado	1	5,6
Leucemia	1	5,6
Linfoma	2	11,1
Mama	3	16,7
Mediastino	1	5,6
Pele do tipo melanoma	1	5,6
Próstata	1	5,6
Total	18	100

Fonte: Elaboração própria.

Como citar: Vinhando N, Higa EFR, Lemes MA, Otani MAP. Grupos lúdicos: contribuições no tratamento oncológico de adultos. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p51-68

Recebido em: 15/08/20

Aprovado em: 05/10/21



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p69-83

Compreensão de território nos serviços farmacêuticos da atenção básica à saúde: um estudo qualitativo

Comprehension of territory in the pharmaceutical services from the Basic Health Care: a qualitative study

Gabriel Schneider Loss

Enfermeira g Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGASFAR/UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: loss.gs@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4187-5957

Stella Pegoraro Alves-Zarpelon

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGASFAR/UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: stellape@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1113-9062

Denise Bueno

Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGASFAR/UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

ORCID: 0000-0002-6037-8764

Resumo:

Objetivo: descrever a compreensão de território por farmacêuticos que atuam na Atenção Básica. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas com farmacêuticos alocados nas farmácias públicas de um município do Sul do Brasil. A entrevistas foram transcritas e analisadas por meio de análise temática de conteúdo. **Resultados:** Entrevistou-se treze farmacêuticos. As categorias temáticas elaboradas foram: *território aprisionante, território distante e território desconhecido*. Os resultados evidenciaram a atuação predominante do profissional como responsável pela gestão dos serviços farmacêuticos. A atuação profissional é dependente de recursos humanos e materiais adequados e da priorização de políticas de gestão voltadas à área da assistência farmacêutica. **Conclusão:** A compreensão do território nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica à Saúde estabelece formas de atuação adequadas para tais serviços, no contexto dos 5.570 municípios contemplados na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, conforme o preconizado na Lei 8.080/90.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Assistência Farmacêutica, Serviços Básicos de Saúde

Abstract:

Objectives: This research aimed to describe the comprehension of territory by pharmacists who work in the Basic Health Care. **Methods:** The research collected data from interviews with pharmacists working in public pharmacies in a city in Southern Brazil. Once transcribed, the interviews were analyzed through a thematic content analysis. **Results:** The research comprise the interviews of 13 pharmacists. Four theme categories emerged from analysis: *imprisoning territory, distant territory and unknown territory*. The outcomes highlight the professional's predominant role as responsible for the

management of pharmaceutical services. Professional performance depends on suitable resources (both human and material) and on the prioritization of management policies aimed at the pharmaceutical assistance area. **Conclusion:** The comprehension of territory in the pharmaceutical services of Basic Health Care establishes appropriate forms of action for such services, in the context of the 5,570 municipalities covered in the National Policy of Pharmaceutical Assistance, as recommended in Brazilian National Law n° 8,080/90.

Keywords: Primary Health Care, Pharmaceutical Services, Basic Health Services

Introdução

A história da profissão farmacêutica, das políticas de educação e das políticas de saúde se cruzam e movimentam o lugar do farmacêutico na sociedade. Historicamente, pouco tempo se passou desde o boticário, que fazia suas preparações a partir de plantas em seu próprio local de trabalho e passava seu ofício aos seus aprendizes, até o farmacêutico que tem como foco o cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Esta realidade sofreria mudanças importantes a partir da primeira metade do século XX, com o advento dos antibióticos e a industrialização do setor farmacêutico¹.

No Brasil, entre as décadas de 1930 e 1970, fatores contribuíram para o afastamento do profissional farmacêutico da farmácia: ampliação da disponibilidade de medicamentos industrializados, legislação nacional que dispensa necessidade de farmacêuticos nas farmácias e direcionamento da formação universitária às análises clínicas²⁻⁴. As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por debates sociais na área da saúde e na formação farmacêutica. Em 2002, foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais, que definiram a formação generalista e o perfil multiprofissional e multidisciplinar do profissional farmacêutico⁴.

Esse resgate do papel social do farmacêutico assumiu diferentes formas em outros países. Nos Estados Unidos (EUA), em 1960 esse debate levou ao conceito de *Farmácia Clínica*. No início da década de 1990, EUA e Espanha apresentaram os conceitos de *Pharmaceutical Care* e *Atención Farmacéutica*, respectivamente, ambos traduzidos no Brasil como Atenção farmacêutica⁵ e que, no século XXI chega com a denominação de *Cuidado Farmacêutico*. O objetivo do farmacêutico sob esse paradigma é promover a utilização adequada dos medicamentos, com foco no alcance de resultados terapêuticos concretos, por meio de serviços e atividades voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde⁶.

Esse modelo de atuação do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS) vem ao encontro da própria organização do sistema de saúde, que se dá através da Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizada pela horizontalidade dos pontos de atenção que a compõe, tendo a Atenção Básica (AB) como o primeiro nível de atenção com a função de ser a ordenadora do cuidado e das ações e serviços disponibilizados na RAS⁷⁻⁹.

Dentre os avanços alcançados pela AB no Brasil, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia prioritária de organização, expansão, consolidação e qualificação desse nível de atenção. A atuação da ESF é orientada pelos princípios e diretrizes da AB, considerando a *territorialização* como instrumento para o planejamento, programação e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais e o *território* como dispositivo para possibilitar uma visão ampliada da população adscrita, considerando aspectos sociais, econômicos, epidemiológicos, assistenciais, culturais e identitários⁹.

O conceito de território tem sua origem no campo da geografia, com foco nos conceitos de *paisagem* e *região*, privilegiando aspectos descritivos da dinâmica socioespacial e pouco se debruçando sobre o conceito de território. No período denominado de *Nova Geografia*, destacam-se a classificação de áreas territoriais e o conceito de *espaço geográfico*, mas ainda sem centralidade no conceito de território. Na década de 1970 é que os conceitos de *território* e *territorialidade* começam a ganhar ênfase e são redescobertos¹⁰.

No campo da saúde, especificamente no contexto brasileiro, o conceito de território se amplia e se desdobra a partir Guattari e Santos. Guattari é especialmente utilizado no campo da saúde coletiva, que entende território como espaço dinâmico, sempre em construção, resultado de movimentações (sociais, econômicas, políticas, culturais) e que se define a partir da apropriação e subjetivação dos atores que dele se utilizam¹¹. A compreensão da relação entre território e o processo saúde-doença, utilizada por Santos, influencia as ações de planejamento territorial dos serviços do SUS principalmente no desenvolvimento da integralidade das práticas de saúde, na implantação das RAS e na definição da atuação das unidades de saúde da AB, sendo bastante utilizada pelo Ministério da Saúde¹².

Pouco utilizada pelo campo da saúde, a produção teórica de Claude Raffestin parece capaz de enriquecer a discussão proposta no presente estudo. A obra do geógrafo de 1980, *Pour une géographie du pouvoir*, traduzido em 1993 para o português, representa um marco para o

conceito de território, na qual reforça o papel do trabalho e das relações de poder e dominação. Ainda, afirma o território como uma cristalização da territorialidade numa determinada área, sinaliza para transformação dos recursos naturais como instrumentos do poder no território e caracteriza o processo dinâmico de territorialização, desterritorialização e reterritorialização¹³.

Para o presente estudo, utilizou-se o conceito de *território*, como trazido por Raffestin¹⁴, na expectativa de qualificar a compreensão acerca da atuação do farmacêutico na AB. O conceito de território, oriundo da geografia, vem sendo crescentemente incorporado à saúde nas últimas três décadas, no esforço de compreender seu papel no processo saúde-doença¹⁵.

Transversais à RAS, a Política Nacional de Medicamentos (PNM)¹⁶ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)¹⁷ trazem pontos importantes para a atuação do farmacêutico na AB. A PNM, publicada em 1998, tem como propósitos garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais¹⁶.

Dentre seus eixos estratégicos, a PNAF inclui a compreensão da assistência farmacêutica como necessária para garantia de acesso e equidade das ações de saúde; o desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; a promoção do uso racional de medicamentos; e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica nos diferentes níveis de atenção¹⁷.

Para contribuir na compreensão dos saberes e práticas implicados no trabalho em saúde, foram adotadas as concepções de Merhy¹⁸ sobre a composição do trabalho em saúde. A produção do cuidado acontece durante o trabalho vivo em ato (interação entre profissional-usuário; busca intencional de produção do cuidado), mas frequentemente utiliza-se do trabalho morto (exames, medicamentos, procedimentos) como instrumento.

No sistema de saúde, a profissão farmacêutica possui certa clareza quanto ao seu papel na atenção secundária e terciária, existe a demanda pelo aprofundamento do debate conceitual a respeito da práxis farmacêutica na AB e sua relação com a RAS. Para tanto, é necessária uma reflexão teórico-prática aprofundada sobre os serviços farmacêuticos na AB. O objetivo desse estudo foi descrever a compreensão de território por farmacêuticos que atuam na AB.

Métodos

Pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo de caso, que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade, em seu contexto de vida real¹⁹. O local escolhido para estudo foram os serviços farmacêuticos da AB de um município do Sul do país, com entrevistas aos farmacêuticos que atuam nestes serviços.

A amostra foi intencional. Todos os farmacêuticos atuantes nos serviços farmacêuticos da AB do município foram convidados a participar das entrevistas, realizadas em maio de 2017. Esse convite foi realizado por ligação telefônica, informando sobre a pesquisa, seus objetivos, métodos e motivação do estudo. Após o convite, aguardou-se a manifestação voluntária dos farmacêuticos interessados em participar da pesquisa.

Para a determinação do tamanho da amostra foi utilizado o critério da saturação teórica, ou seja, quando as novas falas passaram a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos propostos pela pesquisa e tornaram-se repetitivas, quando as entrevistas são encerradas^{20,21}. A densidade do material textual produzido nas entrevistas foi considerada para o encerramento desta etapa de pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os farmacêuticos que estavam em período de férias ou outro tipo de afastamento na etapa de realização das entrevistas.

As entrevistas foram individuais, realizadas por um único pesquisador, no local de trabalho dos participantes, em sala reservada, em data e horário previamente combinados, não interferindo no andamento do processo de trabalho desses profissionais. As entrevistas foram guiadas por um instrumento de entrevista semiestruturado, com as seguintes questões: Como o farmacêutico atua na AB? Como atua na RAS? Quais os territórios e espaços do cuidado farmacêutico na AB e qual o papel do profissional farmacêutico na saúde? E nos demais setores?

As entrevistas foram gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra, com um tempo de duração em média de 60 minutos, totalizando 13 horas de gravação. O material textual foi organizado em categorias de análise para facilitar a compreensão das ideias e posterior discussão. A interpretação das informações qualitativas seguiu a estratégia da análise temática de conteúdo²² e foram divididas em três categorias temáticas: *território aprisionante*

da farmácia enquanto estabelecimento; *território distante* representada pelo território das unidades de saúde de AB onde as respectivas farmácias estavam inseridas e os territórios sanitários do município e a RAS como um todo foram representados na categoria *território desconhecido*.

Esse estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética pertinentes e cadastrado na Plataforma Brasil sob o registro CAAE 62484416.2.0000.5327. A pesquisa seguiu as normas vigentes de ética em pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado por todos os participantes. A fim de preservar o sigilo das informações sobre os participantes, os excertos foram codificados.

Resultados e Discussão

A cidade na qual foi aplicada o estudo, dispõe de dez serviços farmacêuticos da AB que contam com a presença do farmacêutico, estas unidades dispensam medicamentos de controle especial e antimicrobianos (Farmácias Distritais). As outras 135 unidades de saúde de AB restantes, são supervisionadas por farmacêutico apoiador. No momento do estudo, o município apresentava um quadro total de 22 farmacêuticos atuantes na AB do município. Ao final, 13 farmacêuticos foram entrevistados.

Maioria dos profissionais era do sexo feminino (69,2%), média de idade de 34,9 anos e o tempo de atuação nesse serviço variou de 10 meses a 28 anos entre os entrevistados.

Os questionamentos apresentados trouxeram reflexões sobre os diferentes territórios de atuação dos profissionais entrevistados. Aspectos políticos, históricos, identitários, culturais e sociais apareceram nos discursos, que por sua manifestação sugeriram a adequação de se trabalhar o tema *território* no presente estudo.

Território Aprisionante

Categoria predominante que por sua complexidade foi subdividida em outras categorias temáticas: *Micropolítica de um trabalho morto*, *Macropolítica de um território chave*, *Formação em serviço e educação permanente* e *Farmacêutico como profissional da saúde*.

Micropolítica de um trabalho morto

Por micropolítica, expressão conceitualizada por Guattari e Rolnik²³ e desenvolvida por autores da saúde coletiva, entendemos a produção de subjetividades a partir de relações de poder²⁴, ou em outras palavras, o agir cotidiano dos sujeitos na relação com o outro²⁵. O trabalho vivo em ato é essencialmente micropolítico²⁶.

Se na metade do tempo eu só entrego, na outra metade eu estou no computador fazendo pedido. [E03]

A epígrafe seguinte representa um pensamento predominante nos discursos, o farmacêutico como gestor administrativo. A função de coordenação do estabelecimento, é dificultada por falta de estrutura física e recursos humanos inadequados para o atendimento da demanda. O trabalho do farmacêutico como profissional de saúde, em algumas situações, fica em segundo plano e a atenção ao usuário acaba ocorrendo, no sentido da fiscalização ao medicamento:

Hoje o farmacêutico está trabalhando na logística, no setor administrativo e em recursos humanos. [E09]

A gente tem uma equipe reduzida na farmácia e o movimento é cada vez maior. [E07]

Acompanhar o paciente, é isso que a gente acaba fazendo todo momento aqui na dispensação, como fiscalizador, como um fiscal da prescrição [...] fiscalizador de dose, de data de receita, de legislação, acaba sendo um general sanitário. [E12]

A literatura apresenta uma importante discussão sobre os modelos de dispensação de medicamentos em farmácias públicas e as estratégias e possibilidades para sua implementação. Observa-se que, em grande parte, a dispensação acontece de forma administrativa e pouco humanizada, cujo principal objetivo é o atendimento correto da prescrição^{27,28}.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), que analisou 1.175 farmácias/unidades dispensadoras vinculadas à AB, mostrou que o foco do trabalho nesses locais é a acessibilidade dos produtos, e que frequentemente, tratam-se de locais pequenos, com grades ou outras barreiras entre o usuário e o trabalhador e sem guichês individuais²⁹.

Macropolítica de um território chave

O trabalho do farmacêutico nos serviços farmacêuticos de AB é permeado por fatores macropolíticos externos e as dificuldades são atribuídas a movimentos políticos, não necessariamente relacionadas à sua chefia imediata:

Tu tens que estar na política porque a farmácia é muito vista, tudo tem que funcionar.
[E09]

Querendo ou não, minha chefe como farmacêutica, reconhece que a gente está sufocado, que a gente está desgastado, que a gente está fora do nosso papel, mas às vezes não depende só dela entendeu, as coisas são trancadas por movimentos políticos. [E09]

Silva Oliveira e Alves do Nascimento.³⁰ indicam que a implementação de uma assistência farmacêutica efetiva na esfera municipal passa necessariamente pela conscientização e sensibilização dos gestores, para a importância de investimentos em estrutura física, organização dos processos e educação permanente dos trabalhadores envolvidos.

Formação em serviço e educação permanente

As oportunidades de formação e desenvolvimento é incipiente para os profissionais. Quando a finalidade é unicamente a entrega de medicamento, não há disponibilidade de tempo para a incorporação de novas práticas³⁰. Mesmo os espaços de reunião de equipe ou reunião entre os profissionais farmacêuticos do município são escassos:

A gente não consegue ter um tempo de educação permanente, porque quando a gente tem que fazer reunião de equipe, a gente tem que fechar e isso dá um estresse, porque a população não está sendo atendida. [E09]

Nem sei quando foi a última reunião dos farmacêuticos todos juntos, mas é tudo com assuntos fechados para nos passar ordens [...] essa postura muito repreensiva, e não com o sentido de discutir. [E12]

Com a escassez de reuniões e uma comunicação à distância limitada, os profissionais trouxeram a demanda por uma comunicação adequada e eficaz entre os farmacêuticos do município, o que permitiria troca de experiências, qualificação e uniformização dos serviços.

Na realidade não tem um padrão [de atuação] [...] Só por WhatsApp fica bem difícil de a gente trocar uma experiência, né?! Então realmente não sei o que está acontecendo nos outros lugares. Não faço ideia. [E13]

Não sei como é que estão as outras Distritais, se elas têm os fluxos semelhantes aos nossos, porque aqui na prefeitura [...] as rotinas internas acho que não são uniformes.
[E12]

Farmacêutico como profissional de saúde

O farmacêutico tem que refletir, [...] tem que pensar um pouco mais sobre o papel real, o que a gente está fazendo aqui, quem a gente está atendendo, se é a vigilância sanitária ou se é o paciente. Será que a gente consegue juntar os dois? [E13]

Acho que o verdadeiro desafio da nossa profissão é como medir o impacto que a gente gera às pessoas? [E03]

Essa mudança de paradigma deve passar pela mudança de foco do profissional, centralizando no usuário e não no medicamento^{27,28,30,31}. Ainda que seja um insumo essencial, o medicamento é fruto de um trabalho morto, acabado, que por si só não gera cuidado em saúde. É necessário fazer a transição dessa prática medicamento-centrada para uma usuário-centrada, baseada num trabalho vivo em ato, que envolva a produção de cuidado, acolhimento, vínculo^{30,31,33}.

A prática do cuidado farmacêutico resgata o papel do farmacêutico na saúde das pessoas. Os entrevistados expressam consenso no benefício dessa prática para profissão e para os usuários atendidos. Iniciativas de implantação dessa prática profissional são relatadas, embora de forma incipiente.

[...] se envolver realmente no processo do cuidado. Acho que esse é o grande caminho.
[E08]

Adicionais aos obstáculos estruturais já mencionados, a dificuldade em oferecer uma orientação qualificada aos usuários está relacionada à posição da Farmácia Distrital no processo de atendimento, sendo geralmente o último serviço a atender o usuário e, dessa forma, recebe-o após um acúmulo de adversidades atravessadas no sistema de saúde²⁷.

No mesmo sentido, é uma oportunidade de sensibilizar o usuário para adesão à terapia^{30,32}. É importante que os profissionais envolvidos no sistema de saúde estejam atentos a esse *itinerário terapêutico* percorrido pelos usuários, na busca por soluções aos seus problemas de saúde³³.

Acho que atenção farmacêutica não é só seguimento farmacoterapêutico, né, atenção farmacêutica é a sala de espera que eu faço, é a oficina de glicosímetros, é o grupo de diabetes mellitus. É inclusive a orientação que eu faço para as equipes. [E13]

Território Distante

No âmbito das unidades de saúde em que os serviços farmacêuticos estão inseridos, apesar da proximidade física, relatou-se uma grande distância para atuação profissional e diálogo com as equipes.

A gente está dentro de uma unidade básica, dentro de uma unidade de saúde, e muitas vezes a gente não conhece os outros profissionais. Essa é a realidade do farmacêutico, né. E os outros profissionais não nos conhecem. [...] se a gente quiser mudar essa visão que as pessoas têm de que o farmacêutico é só um entregador de remédio, [...] a gente precisa primeiro mudar a visão da equipe da gente. [E07]

Essa interação limitada com a equipe de saúde indica como causa o uso quase exclusivo de tempo pelo farmacêutico para resolução de problemas operacionais na farmácia, com ações voltadas à redução de filas^{30,34}. As iniciativas para tentar mudar esse cenário são variadas e partem dos farmacêuticos, que tentam melhorar a participação e comunicação com as equipes das unidades de saúde. Os discursos trazem numerosas possibilidades para inserção dos farmacêuticos nas unidades de saúde:

A gente aqui ainda consegue também se integrar um pouco no próprio ambiente, aqui no posto, participando de alguns grupos, de idosos, de hipertensão, de tabagismo, a gente consegue um encontro por mês, mais ou menos. [E10]

Alguns dos problemas que chegam para atenção básica, eles podem ter sido causados por medicamentos, mas não tem ninguém para avaliar isso. [...] Falta esse papel, de alguém que avalie a prescrição ao longo do caminho na atenção básica. [E12]

Sendo um macrocomponente da RAS⁸, espera-se que a assistência farmacêutica interaja com as ESF para que se configure um melhor atendimento às necessidades do usuário³². A atuação clínica do farmacêutico, está relacionada com a possibilidade de inserção na equipe.

Quando o profissional farmacêutico é capacitado para a clínica, [...] acaba assumindo um outro papel dentro da atenção básica, se tornando referência. [E03]

Território Desconhecido

A interação do profissional farmacêutico com a RAS acontece de forma frágil e esporádica. Essa demanda apontada nas entrevistas é em parte decorrente da ausência de farmacêuticos em algumas unidades de saúde.

Nós temos uma demanda grande de dispensação porque nas unidades de saúde não se tem a presença do profissional farmacêutico. [E06]

A centralização de medicamentos essenciais, antimicrobianos e psicotrópicos, nas farmácias distritais é dificultador do acesso, e com frequência leva ao rompimento do itinerário terapêutico dos usuários³⁴. A alta demanda e da ausência de profissionais nas unidades de saúde, a inserção do farmacêutico na RAS é permeada pela cultura da profissão ao longo do tempo, que apresenta dificuldades para comunicação interprofissional e para o trabalho multiprofissional.

A gente está aprendendo o papel de se inserir na rede. [E07]

A própria comunicação entre os farmacêuticos do município é insuficiente. A comunicação adequada é vista como um componente necessário para o trabalho em rede, bem como a liberdade para gerir o território, em contraposição à falta de flexibilidade da gestão.

Acho que ainda falta uma comunicação maior e uma rede melhor entre todos os colegas, isso daí começaria a fazer o fluxo ser melhor. [E08]

A fragmentação no sistema de saúde é uma realidade que afeta diretamente a experiência dos usuários em seus itinerários, marcadas por cuidados descontinuados, ausência de papéis e fluxos claramente definidos, baixa qualidade dos processos de regulação, entre outros³⁵. O questionamento sobre a atuação do profissional na RAS trouxe à tona possibilidades de inserção/integração do farmacêutico nessa rede.

O farmacêutico, necessita assumir o olhar de gestão clínica, para dar ao setor de saúde uma informação essencial: como as pessoas estão sendo cuidadas. [E03]

Considerações Finais

A análise dos discursos contribuiu para o entendimento da forma como os entrevistados compreendem os territórios da profissão farmacêutica. A atuação profissional, parece estar restrita ao território dos serviços farmacêuticos da AB distanciados da RAS e do trabalho em

equipe interprofissional. As macros e micro políticas que perpassam o espaço da atenção básica à saúde impactam nos territórios de fazer dos serviços farmacêuticos na AB.

Como limitante deste estudo podemos sinalizar a rotatividade dos entrevistados nos cargos que ocupam, uma vez que os farmacêuticos poderiam estar se revezando entre os serviços farmacêuticos prestados, o que atribui temporalidade aos relatos observados.

Este estudo sinaliza a necessidade de compreensão do território dos farmacêuticos nos serviços farmacêuticos da Atenção Básica à Saúde visando estabelecer formas de atuação adequadas para os serviços farmacêuticos da Atenção Básica no contexto dos 5570 municípios contemplados na Política Nacional de Assistência Farmacêutica conforme o preconizado na Lei 8080/90.

Referências

1. Saturnino LTM, Perini E, Luz ZP, Modena CM. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Rev Bras Farm* 2012;93(1):10-16.
2. Angonesi D, Sevalho G. Pharmaceutical care: conceptual and critical basis to a Brazilian model. *Cien Saude Colet* 2010;15(Suppl3):3603-14.
3. Almeida RB, Mendes DHC, Dalpizzol PA. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2014;35(3):347-354.
4. Spada C, Chagas JR, Silva KFF, Castilho SR. Farmácia. In: Haddad, AE et al. (Org.). A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991 - 2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006. p. 169-99.
5. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Cienc Farm* 2008;44(4):601-12.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica. [internet] Brasília. Ministério da Saúde 2015 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_4_1ed.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 31 dez 2010 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011. [acessado 2020 Set 08]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 22 set 2017 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
10. Saquet MA. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e a (i)materialidade. *Geosul* 2007;22(43):55-76.
11. Abrahao AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)* 2014;18(49):313-24.
12. Faria RM, Bortolozzi A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e métodos para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ra'e Ga* 2016;38:291-320.
13. Raffestin C. Por uma geografia do poder. 1ª ed. São Paulo: Ática; 1993
14. Raffestin C. Space, territory and territoriality. *Environ Plann D* 2012;30:121-41.
15. Gondim GMM. Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [portaria na internet]. Diário Oficial da União 10 nov 1998 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html#:~:text=Aprovada%20pela%20Comiss%C3%A3o%20Intergestores%20e,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0queles%20considerados%20essenciais%22.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [portaria na internet]. Diário Oficial da União 20 mai 2004 [acessado 2020 Set 03]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
18. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)* 2000;4(6):109-16.
19. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saude Publica* 2008;24(1):17-27.

21. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saude Publica* 2011;27(2):388-94.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
23. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 4ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
24. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado. 1ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. (Coleção Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf>
25. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RB (Orgs.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 459-75. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/gestao-em-redes-final.pdf>
26. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus, actas de saúde colet* 2012;6(2):151-63.
27. Araujo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Pharmacist care in the Brazilian primary health care system. *Cien Saude Colet* 2008;13(Suppl):611-7.
28. Angonesi D. Pharmaceutical dispensing: an analysis of diferente concepts and models. *Cien Saude Colet* 2008;13(Suppl):629-40.
29. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Guibu IA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Soares L. Medicine dispensing servisse in primary health care of SUS. *Rev Saude Publica* 2017;51(suppl 2):11s.
30. Silva Oliveira TA, Alves do Nascimento AM. Pharmaceutical assistance in the Family Healthcare Program: points of affinity and discord in the organization process. *Cien Saude Colet* 2011;16(9):3939-49.
31. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Karnikowski MGO, Leite SN. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. *Rev Saude Publica* 2017;51(suppl 2):16s.
32. Bueno D, Machado AR. Avaliação dos dispensários do distrito sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal Porto Alegre-RS. *Rev APS* 2011;14(1):4-11.
33. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Therapeutic itineraries of users of medication in a unit of the Family Health Strategy. *Cien Saude Colet* 2012;17(11):3003-10.
34. Bueno D, Sampaio GC, Guerin GD. Análise do acesso a medicamentos em uma unidade do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. *Rev APS* 2013;16(1):83-9.

35. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018;42(n.spe1):244-60.

Como citar: Loss GS, Alves-Zarpelon SP, Bueno D. Compreensão de território nos serviços farmacêuticos da atenção básica à saúde: um estudo qualitativo . **Saúde em Redes.** 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p69-83

Recebido em: 11/09/20

Aprovado em: 24/05/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p85-100

Cuidado em saúde de pacientes insulinizados da Farmácia Municipal de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre - RS

Health care for insulinized patients at the Municipal Pharmacy of a municipality in the Metropolitan Region of Porto Alegre - RS

Gracieli Pilla Migliorin

Mestra em Ensino na Saúde pela UFRGS. Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo.

E-mail: gracielpm@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0003-4724-6510

Denise Bueno

Docente Titular do PPGASFAR e PPGENSAU - UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

ORCID: 0000-0002-6037-8764

Carine Líbio dos Santos

Graduanda em Farmácia pela UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

E-mail: carinelibiodossantos@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-1917-8725

Resumo:

Este artigo objetivou estabelecer o perfil dos usuários com diabetes insulinizados e fatores associados ao autocuidado na sua terapêutica. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, com amostra de 139 pessoas atendidas na Farmácia Municipal de São Leopoldo - RS. Utilizou-se a versão brasileira adaptada do "Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes". Foram incluídas perguntas para avaliar o perfil sociodemográfico desses pacientes. O perfil dos usuários investigados foi: população idosa na faixa de 61 a 70 anos (29,5%), feminina (58,3%), com diabetes *mellitus* tipo 2 (64,0%), aposentados (39,6%) e com nível de escolaridade até o ensino médio incompleto (52,5%). Nas atividades de autocuidado, a menor adesão foi a realização de atividade física, dieta saudável e monitorização da glicemia capilar. A maior aderência foi no uso de insulina (média $6,56 \pm 1,26$). Conhecer o perfil dos usuários com diabetes insulinizados pode contribuir com o fortalecimento do autocuidado e contribuir na qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Adesão; Autocuidado; Diabetes *mellitus*; Sistema Único de Saúde.

Abstract:

This article aimed to establish the profile of users with insulinized diabetes and factors associated with self-care in their therapy. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study, with a sample of 139 people attended at the Municipal Pharmacy of São Leopoldo - RS. The Brazilian version adapted from the "Questionnaire on Diabetes Self-Care Activities" was used. Questions were included to assess the sociodemographic profile of these patients. The profile of the investigated users was: elderly population aged 61 to 70 years (29.5%), female (58.3%), with type 2 diabetes mellitus (64.0%), retired (39.6%) and with an education level up to incomplete high school (52.5%). Self-care, the lowest adherence was physical activity, a healthy diet and capillary glycemia monitoring. The highest adherence was in the use of insulin (mean 6.56 ± 1.26). Knowing the profile of users with insulinized

diabetes can contribute to the strengthening of self-care and contribute to the quality of life of these patients.

Keywords: Adhesion; Self-care; Diabetes mellitus; Health Unic System.

Introdução

Diabetes *mellitus* (DM) é uma doença metabólica caracterizada por um aumento dos níveis de glicose no sangue devido uma falha na produção ou uma diminuição na sensibilidade e função da insulina.¹

Existem frequentemente três formas da doença: o Diabetes tipo 1 (DM1), o Diabetes tipo 2 (DM2) e o Diabetes *mellitus* gestacional. O DM1 é autoimune, atingindo mais crianças e adolescentes, causando hiperglicemia devido à destruição das células beta do pâncreas.² No DM2, os indivíduos afetados são adultos e apresentam ação insuficiente de secreção da insulina que leva a resistência insulínica, estando presente em aproximadamente 90% dos casos³ e o DM gestacional é uma intolerância à glicose, com primeira identificação na gravidez e pode persistir após o parto evoluindo para DM2.⁴

O controle glicêmico é o principal objetivo do tratamento após o diagnóstico da DM, para a prevenção ou retardo das suas complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade.⁵

Quando o diabetes não é controlado, várias complicações podem se desenvolver incluindo retinopatia, nefropatia, neuropatia diabética e insuficiência cardíaca que afetam a qualidade de vida dos pacientes.⁶

O paciente com DM necessita incluir na sua rotina uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos, monitorização da glicemia, manutenção da integridade e função dos pés, uso correto de medicamentos, cessação do tabagismo e educação em diabetes que são fundamentais para o tratamento e a prevenção das complicações crônicas e aderir ao tratamento.^{7,8}

A não adesão à terapêutica pode causar agravamento das complicações médicas, reduzir a qualidade de vida e consumir os recursos da saúde, sendo que o profissional de saúde precisa estar sensibilizado para esta problemática.⁹

O tratamento do DM não é um processo simples, precisa de um trabalho multiprofissional para potencializar os resultados positivos do tratamento dessa doença e os farmacêuticos, por possuírem conhecimentos específicos sobre medicamentos, podem colaborar com outros

profissionais participando de forma efetiva na prevenção e no sucesso terapêutico do DM, a fim de evitar possíveis avanços dessa patologia.¹⁰

Diante da necessidade do profissional farmacêutico estar cada vez mais inserido nas equipes de saúde para promover o cuidado em saúde dos pacientes com diabetes e outras doenças crônicas, este estudo teve como objetivo estabelecer o perfil dos pacientes com diabetes insulinizados que realizam a automonitorização da sua glicemia e os fatores associados à adesão terapêutica na Farmácia Municipal de São Leopoldo.

Métodos

Estudo de caráter transversal, quantitativo e descritivo, realizado na Farmácia Municipal de São Leopoldo - RS, integrada a rede pública de saúde, entre os meses de maio e junho de 2019. A amostra foi de 139 pacientes com diabetes *mellitus* e uso de insulinas, apresentando DM1 e DM2 de todas as faixas etárias.

A coleta de dados foi realizada na Farmácia Municipal no momento que aguardavam o atendimento de modo aleatório, sendo o critério de inclusão estar cadastrado na Farmácia Municipal para retirar fitas reagentes para a automonitorização da sua glicemia. Foram excluídos indivíduos com diagnóstico de outro tipo de diabetes. Participaram da pesquisa os pacientes que estavam de acordo e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e para os menores de 18 anos, os responsáveis assinavam o Termo de Assentimento do Menor. A limitação do estudo foi a análise de usuários insulinizados da rede pública de um município onde todos os insumos e medicamentos são fornecidos e onde não existe barreira de acesso, o que não é a realidade dos 5.570 municípios brasileiros.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), protocolo nº CAAE: 09589218.0.0000.5347 e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) de São Leopoldo, em cumprimento a Resolução 466/12.¹¹

A adesão ao cuidado foi avaliada por meio da versão brasileira adaptada, traduzida e validada do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes – QAD.¹² Este avalia as atividades de autocuidado pelos pacientes nos últimos sete dias, avaliando seis dimensões: “alimentação geral” (dois itens), “alimentação específica” (três itens), “atividade física” (dois itens), “monitorização da

glicemia” (dois itens), “cuidado com os pés” (três itens) e “uso dos medicamentos” (três itens). Existem mais três itens para o tabagismo e incluíram-se esses mesmos adaptados para o uso de álcool, totalizando 21 itens de avaliação.

A adesão às atividades de autocuidado com o diabetes foi mensurada por número de dias da semana. Nas questões: “Ingerir alimentos ricos em gordura e/ou derivados de leite integral” e “ingerir doces” a condição mais desejável é zero e a menos desejável sete. Para as demais questões a condição mais desejável é sete e a menos desejável zero.

As variáveis socioeconômicas e demográficas foram coletadas, tais como: gênero, idade, grau de escolaridade, profissão, tipo de diabetes e unidade básica de saúde (UBS) de referência no município.

Após a coleta, os dados do questionário foram tabulados em Programa Excel versão 2010 com dupla digitação e validação dos dados. Posteriormente, o banco de dados foi exportado ao Programa PASW *Statistics* versão 18.0 para realização das análises.

Resultados

Em relação às variáveis sociodemográficas, dos 139 pacientes entrevistados, as mulheres estavam mais representadas (58,3%) e quase um terço (29,5%) dos entrevistados representavam a faixa etária de 61 a 70 anos. Mais da metade (52,5%) dos entrevistados possuem até o ensino médio incompleto e dois quintos (39,6%) são aposentados. Dois terços dos entrevistados (64%) têm diabetes Tipo 2 e os números de não fumantes e que não usam álcool foi (89,9% e 87,1%) respectivamente (Tabela 1).

As questões sobre a forma como os entrevistados utilizam seus medicamentos foi demonstrada da seguinte forma: injeções de insulina conforme recomendado (média= 6,56 dias), medicamentos via oral do diabetes conforme recomendado (média= 6,41 dias) e avaliação da glicemia sanguínea (média= 6,55 dias). Observa-se redução destes parâmetros ao questionar se o usuário avalia a glicemia no sangue o número de vezes recomendado pelo profissional de saúde (média= 4,83 dias) e se “toma o número indicado de comprimidos do diabetes” (Tipo 2) (média= 5,48 dias). As atividades conforme os respondentes com menor aderência foram: realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários (média= 1,46 dias), realizar exercício físico específico (nadar,

caminhar e etc.) (média= 1,64 dias) e seguir orientação alimentar dada por um profissional de saúde (média= 3,66 dias) (Tabela 2).

As questões relacionadas a adesão aos medicamentos (insulina e comprimidos) dos usuários (n=139) sobre seguir as orientações de um profissional foi de 81,3% (113). Realizou-se a discriminação por grupos: DM1 (n=50) e DM2 (n=89). Quando questionados se aplicavam insulina conforme recomendado, o percentual de não adesão foi de 18,0% e 19,1% (9 e 17) respectivamente. As respostas sobre a tomada dos comprimidos para diabetes (DM2), 30,3% (27) não tomam todos os dias e 18,0% (16) não tomam nenhum dia conforme recomendado; o grupo DM1, 94,0% (47) não faz uso de comprimidos, somente aplicação de insulina. A resposta sobre a monitorização da glicemia apontou maior adesão do grupo DM1 98,0% (49) onde os respondentes afirmam realizar testes todos os dias, no grupo DM2 este percentual fica em 79,8% (71). Quando questionados se realizam a monitorização da glicemia conforme orientado pelo profissional de saúde, os pacientes DM1 48% (24) não realizam todos os dias, os pacientes do grupo DM2 o percentual fica em 78,6% (70) (Tabela 3).

Quanto às questões que abordam o hábito de fumar, verificou-se que 89,9% (125) dos respondentes afirmam não fumarem cigarro nos últimos sete dias e destes 66,4% (93) nunca fumaram, 23,5% (32) fumaram em algum momento de sua vida. Dos 10,1% (14) que fumam habitualmente o consumo é de 1-20 cigarros ao dia.

Nas questões que abordaram o uso de álcool, 87,1% (122) relataram que não beberam nos últimos sete dias, 52,8% (74) beberam em algum momento de sua vida, 34,3% (48) relataram que nunca beberam. Os 12,9% (17) que responderam que fazem uso habitual de álcool consomem de 1 a 6 copos por vez.

Discussão

O perfil socioeconômico encontrado no estudo foi de mulheres, idosos, aposentados, com baixa escolaridade e a minoria referiu hábito de fumar, semelhante aos dados de outros estudos.^{13,14} Pacientes com DM2 tiveram um maior índice no estudo 64,0% (89), indo ao encontro do estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde no interior de Pernambuco.¹⁵ O baixo consumo de álcool também foi relatado em um estudo descritivo realizado em Vitória da Conquista na Bahia.¹⁶

Os fatores socioeconômicos interferem nos hábitos de vida e prática de autocuidado das pessoas com DM, na compreensão das orientações necessárias para o controle da doença e auxílio de uma vida saudável. A escolaridade dos entrevistados de 51,1% até ensino fundamental completo impõe aos profissionais de saúde o planejamento de estratégias diferenciadas de orientações para o autocuidado.¹⁷

Em linhas gerais, as médias mais elevadas de atividade de autocuidado foram encontradas para o uso dos medicamentos (insulina e comprimidos), média $6,41 \pm 1,67$ dias; e menor, para a realização de atividades físicas e seguir orientação alimentar (média= $3,66 \pm 2,46$ e $1,46 \pm 2,15$ dias, respectivamente), resultados que corroboram com o que foi encontrado no estudo de validação do QAD¹². A alta adesão medicamentosa desses pacientes pode ser atribuída às percepções e crenças sobre o seu tratamento, em que as pessoas consideram que o medicamento tem maior impacto no controle do DM, ao comparar com a dieta e o exercício físico.¹⁸

A atividade de autocuidado para seguir orientação alimentar conforme profissional de saúde (média= $3,66 \pm 2,46$) e consumo de frutas e vegetais (média= $3,58 \pm 2,67$) teve escore baixo, concordante com estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP, assim fatores como custo mais elevado dos alimentos saudáveis, tempo extra para preparação dos alimentos, restrição alimentar de longa duração podem ser justificativas para a baixa adesão das recomendações de seguir uma dieta saudável.¹⁹

Outro estudo realizado em um distrito de Pirituba, localizado na zona rural do município de Vitória de Santo Antão – PE, relata que 70% dos pacientes com diabetes não realizam atividades físicas, mas 85% dos portadores de DM fazem uso regular dos medicamentos,²⁰ vindo ao encontro do perfil dos pacientes deste estudo, mostrando uma forte concepção do tratamento medicamentoso em detrimento de uma dieta alimentar e prática de exercícios físicos que contribuem para ações de promoção e prevenção da sua doença.

É necessário que os profissionais atuantes na atenção primária à saúde invistam na educação em saúde como ferramenta para incentivar a prática de hábitos saudáveis, como alimentação saudável, atividades físicas, caminhadas, corridas, aproveitando espaços públicos como praças e parques.²¹

A atividade de autocuidado para o item de aplicar as injeções de insulina conforme recomendado, apresentou média ($6,56 \pm 1,26$), confirmando o mesmo quando comparado o grupo

DM1 82,0% (41) como para DM2 80,9% (72), sendo concordantes com outro estudo realizado no ambulatório de diabetes de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista.²² Este evento mostra que os pacientes aderem melhor ao uso de medicamentos do que à alteração no seu estilo de vida, ratificando a crença do medicamento trazer melhor resultado no controle glicêmico do que a alimentação saudável e o exercício físico.

A monitorização da glicemia para a variável “Avaliar a glicemia no sangue” (média=6,55 ± 1,27) foi maior em relação a variável “Avaliar a glicemia no sangue o número de vezes recomendado” (média=4,83 ± 2,26), resultados semelhantes aos encontrados por Coelho e colaboradores em estudo desenvolvido no ambulatório de diabetes de uma unidade de atenção terciária.²³

Ao elucidarmos essas variáveis separando os grupos DM1 e DM2, para avaliação da glicemia no sangue, os índices foram 98,0% (49) e 79,8% (71) em relação os últimos sete dias, respectivamente. Entretanto, quando questionados se avaliaram a glicemia no sangue o número de vezes recomendado pelo médico, apenas 52,0% (26) do grupo de DM1 e somente 21,4% (19) do grupo de DM2, relataram que fizeram os testes todos os dias. Achado similar foi encontrado no estudo realizado em uma UBS de Porto Velho - RO²⁴, uma vez que somente 7% (15) dos pacientes com DM2 realizaram os testes de glicemia capilar todos os dias.

Aos usuários que utilizam insulina é recomendado a automonitorização da glicemia sendo verificada, de duas a quatro vezes por dia (usualmente antes das principais refeições e antes de dormir) e com registro destes valores pode-se observar os padrões basais.²⁵

O automonitoramento da glicemia é uma parte crítica da terapia com insulina e os desafios que afetam a adesão incluem dor, custos, habilidades comportamentais e técnicas, motivação e instrução, no entanto este método melhora o controle glicêmico e a qualidade de vida, limitando os efeitos adversos, como hipoglicemia²⁶ e reduzindo ou retardando o surgimento de complicações microvasculares como retinopatia, neuropatia e doença renal e macrovasculares provenientes do DM.²⁷ Salientamos que o município de São Leopoldo disponibiliza glicosímetros e fitas reagentes a todos pacientes insulinizados com diagnóstico de DM, desde que tenham o cadastro na Farmácia Municipal, atendendo ao disposto na Portaria nº 2583/2007.²⁸

Outra variável investigada foi o tabagismo e uso de álcool, pois os efeitos do álcool no organismo das pessoas com diabetes pode causar hipoglicemia, esteatose hepática, dificuldade para usar regularmente os medicamentos, assim como o tabagismo pode aumentar as complicações

cardiovasculares, risco para úlceras nos pés, resistência e aumento da insulina, levando ao agravamento das complicações da doença.²⁹ A pesquisa mostra que 89,9% dos entrevistados relataram não ter “fumado um cigarro nos últimos sete dias”, o que corrobora com o estudo realizado com indivíduos com diabetes internados em um hospital no interior do Rio Grande do Sul, como sendo um achado importante em relação ao autocuidado que está sendo incorporado no tratamento do diabetes desses pacientes.³⁰ Outro estudo realizado em uma UBS no município de Ijuí - RS, relatou que a maioria dos entrevistados (90,5%) não faziam uso de tabaco e/ou álcool,³¹ indo ao encontro do que foi achado nessa pesquisa, uma vez que 87,1% dos entrevistados relataram não fazer uso de bebidas alcoólicas nos últimos sete dias, o que leva a redução dos efeitos indesejáveis no organismo.

Considerações Finais

Concluiu-se que o perfil dos usuários insulinizados da farmácia municipal de São Leopoldo - RS, caracteriza-se na maioria por população idosa, feminina, com DM2, aposentados, com baixo nível de escolaridade, não fumante e que não fazem uso de álcool. Também se identificou que as práticas relacionadas à mudança de comportamento, como seguir uma dieta saudável, praticar exercícios físicos que são necessárias ao controle do DM e a automonitorização da glicemia mostraram-se com baixa adesão por parte dos pacientes pesquisados e um comportamento inadequado de autocuidado.

Comprovou-se com este estudo que a realização dos testes de glicemia capilar não acontece como preconizado e orientado pelo profissional de saúde nas consultas.

Esses achados sugerem que a DM é um desafio para os profissionais da saúde, o reconhecimento do perfil populacional pode favorecer no reconhecimento dos determinantes sociais associados a estes indivíduos.

Referências

1. Tan SY, Wong JLM, Sim YJ, Wong SS, Elhassan SAM, Tan SH, et al. Type 1 and 2 diabetes mellitus: A review on current treatment approach and gene therapy as potential intervention. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* [Internet]. 2019 jan-feb [citado em 2020 Ago. 8];13(1):364-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.10.008>

2. Suchoj M, Alencar AP. Insulina degludeca em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Revista Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 2020 Ago. 8];12(1-2):47-53. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2404/2546>
3. Oliveira EC, Melo SMB, Pereira SE. Diabetes Mellitus Gestacional: uma revisão da literatura. *Revista Científica FacMais* [Internet]. 2016 1º sem [citado em 2020 Ago. 8];5(1):128-40. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/06/6-%20Diabetes%20Mellitus%20Gestacional%20-%20uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf>
4. Barbosa SA, Camboim FEF. Diabetes mellitus: cuidados de enfermagem para controle e prevenção de complicações. *Tema em Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 2020 Ago. 10];16(3):404-17. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/982/1004>
5. Brutti, B, Flores J, Hermes J, Martelli G, Porto DS, Anversa ETR. Diabete Mellitus: definição, diagnóstico, tratamento e mortalidade no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Maria, no período de 2010 a 2014. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2019 jul-aug [citado em 2020 Ago. 10]; 2(4):3174-182. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/2172/2203>
6. Syarifuddin S, Nasution A, Dalimunthe A, Khairunnisa. Impact of Pharmacist Intervention on improving the Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2019 Apr 30 [citado em 2020 Ago. 10];7(8):1401-405. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6514344/>
7. Souza JD, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Adherence to diabetes mellitus care at three levels of health care. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado em 2020 Ago. 12];21(4):e20170045. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0045.pdf>
8. Moura PC, Pena GGP, Guimaraes JB, Reis JS. Educação nutricional no tratamento do diabetes na atenção primária à saúde: vencendo barreiras. *Rev. APS* [Internet]. 2018 abr-jun [citado em 2020 Ago. 12];21(2):226-34. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15607>
9. Fernandes SL, Almeida DB, Andrade IR, Lopes MG. Vícios e vicissitudes na adesão à terapêutica: um relato de caso. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 2016 [citado em 2020 Ago. 12];32:396-04. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11960/11306>
10. Cândido MB, Moraes GFQ, Santos JMB, Melo FMS, Silva BP. O cuidado farmacêutico no tratamento do diabetes mellitus em idosos. *CIEH*. [Internet]. [citado em 2020 Ago. 12]. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/53813>
11. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP. [Internet]. 2012 [citado em 2020 Ago. 12]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras*

Endocrinol Metab. [Internet]. 2010 [citado em 2020 Ago. 12];54(7):644-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>

13. Mafrá PDB, Vargas-Peláez CM, ENS Próspero, Silvana NL. Perfil de acceso y uso de medicamentos en un municipio del sur de Brasil. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado em 2020 Ago. 14];44(1):44-67. Disponível em:

<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/787/1016>

14. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado em 2020 Ago. 14];50(supl 2):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006145>

15. Santos EM, Souza VP, Correio IAG, Correio EBS. Autocuidado de Usuários com Diabetes Mellitus: Perfil Sociodemográfico, Clínico e Terapêutico. Rev Fund Care Online [Internet]. 2018 jul-set [citado em 2020 Ago. 14];10(3):720-28. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6180/pdf_1

16. Fernandes SSC, Damascena RS, Portela FS. Avaliação da Adesão ao Tratamento Farmacológico de Idosos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo II Acompanhados em uma Rede de Farmácias de Vitória da Conquista – Bahia. Rev. Mult. Psic. [Internet]. 2019 [citado em 2020 Ago. 16];13(43):241-63. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1522/2364>

17. Rossaneis M, Haddad MCFL, Mathias TAF, Marcon SS. Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado em 2020 Ago. 16];24: e2761; Epub 15-Ago-2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>

18. Villas-Boas LCG, Foss-Freitas MC, Pace AE. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2014 mar-abr [citado em 2020 Ago. 18];67(2):268-73; Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140036>

19. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2013 [citado em 2020 Ago. 18];26(3):289-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300014>

20. Farias RFS, Lima AWS, Leite AFB, Santos ZC, Dias AA, Santos ECB. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus em área rural do município de Vitória de Santo Antão – PE. Rev. APS. [Internet]. 2016 abr-jun [citado em 2020 Ago. 16]; 19(2):181-90. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15457>

21. Borba AKOT, Silva MC, Santos SBS, Gomes MCR. Conhecimento e autocuidado de indivíduos com diabetes na atenção primária à saúde. Rev. APS. [Internet]. 2018 out-dez [citado em 2020 Ago. 18];21(4):516-33. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16072>

22. Trevizani FA, Doreto DT, Lima GS, Marques S. Atividades de autocuidado, variáveis sociodemográficas, tratamento e sintomas depressivos em idosos com Diabetes Mellitus. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2019 [citado em 2020 Ago. 26];72(Suppl 2):27-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0579>
23. Coelho ACM, Villas-Boas LCG, Gomides DS, Foss-Freitas C, Pace AE. Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with Diabetes Mellitus. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2015 [citado em 2020 Ago. 26];24(3):697-05. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000660014>
24. Salin AB, Bandeira MSN, Freitas PRNDO, Serpa I. Diabetes Mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho-RO. *REAS* [Internet]. 2019 set 4 [citado em 2020 Ago. 27]; (33):e1257. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1257.2019>
25. Marques CR. Percepção Dos Usuários Insulino Dependentes Não Controlados Quanto Ao Tratamento Para O Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. APS.* [Internet]. 2017 jan-mar [citado em 2020 Ago. 28];20(1):69-80. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15702>
26. Yeh HC, Brown TT, Maruthur N, Ranasinghe P, Berger Z, Suh YD et al. Comparative effectiveness and safety of methods of insulin delivery and glucose monitoring for diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine* [Internet]. 2012 Oct 16 [citado 2020 Ago. 28];157(5):336-47. Disponível em: <https://annals.org/aim/fullarticle/1355700/comparative-effectiveness-safety-methods-insulin-delivery-glucose-monitoring-diabetes-mellitus>
27. Janež A, Guja C, Mitrakou A, Lalic N, Tankova T, Czupryniak L et al. Insulin Therapy in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus: a Narrative Review. *Diabetes Ther* 11 [Internet]. 2020 [citado em 2020 Ago. 28];11:387-09. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13300-019-00743-7>
28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.583, de 10 de Outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. *Diário Oficial da União, Brasília* [Internet]. 2007 [citado em 2020 Ago. 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html
29. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 36: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [citado em 2020 Ago. 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
30. Zanchim MC, Kirsten VR, De Marchi ACB. Consumption of dietary intake markers by patients with diabetes assessed using a mobile application. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado em 2020 Ago. 31];23(12):4199-208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.01412017>

31. Santos FS, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. Rev Ciênc Farm Básica Apl. [Internet]. 2010 [citado em 2020 Ago. 31];31(3):223-27.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/49599637_Adesao_ao_tratamento_medicamentoso_pelos_portadores_de_Diabetes_Mellitus_atendidos_em_uma_Unidade_Basica_de_Saude_no_municipio_de_IjuíRS_um_estudo_exploratorio

Tabelas

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos usuários com diabetes insulinizados da Farmácia Municipal de São Leopoldo - RS, 2019

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	81	58,3
Masculino	58	41,7
Faixa etária (anos)		
0 - 18	12	8,6
19 - 30	10	7,2
31 - 40	13	9,3
41 - 50	14	10,1
51 - 60	25	18,0
61 - 70	41	29,5
71 ou +	24	17,3
Escolaridade		
Analfabeto	01	0,7
Fundamental Incompleto	14	10,1
Fundamental	56	40,3
Médio Incompleto	02	1,4
Médio	46	33,1
Superior Incompleto	05	3,6
Superior	15	10,8

Ocupação

Estudante	15	10,8
Do lar	19	13,7
Pensionista	05	3,6
Beneficiário	02	1,4
Aposentado	55	39,6
Desempregado	04	2,9
Autônomo	02	1,4
Empregado	37	26,6

Tipo de Diabetes

Tipo 1	50	36,0
Tipo 2	89	64,0

Fumante

Sim	14	10,1
Não	125	89,9

Faz uso de bebidas alcoólicas

Sim	18	12,9
Não	121	87,1

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2. Média de aderência às atividades de autocuidado dos usuários com diabetes insulinizados assistidos na farmácia Municipal de São Leopoldo - RS, 2019

Atividades do QAD	Aderência Média ± DP*
Seguir uma dieta saudável	4,72 ± 2,24
Seguir uma orientação alimentar	3,66 ± 2,46
Ingerir cinco ou mais opções de frutas e vegetais	3,58 ± 2,67
Ingerir alimentos ricos em gordura ou com leite integral ou derivados	3,94 ± 2,38
Ingerir doces	1,86 ± 2,23
Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários	1,46 ± 2,15
Realizar exercício físico específico	1,64 ± 2,26
Avaliar a glicemia no sangue	6,55 ± 1,27
Avaliar a glicemia no sangue o número de vezes recomendado	4,83 ± 2,26
Examinar os pés	4,70 ± 2,79
Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	4,08 ± 3,12
Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	5,83 ± 2,29
Tomar os medicamentos do diabetes, conforme recomendado	6,41 ± 1,67
Tomar injeções de insulina conforme recomendado	6,56 ± 1,26
Tomar número indicado de comprimidos do diabetes (Tipo 2)	5,48 ± 2,72

*Desvio Padrão (DP)

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 3. Adesão aos medicamentos e monitorização da glicemia em relação aos itens do QAD

Variável	N		%	
Uso dos Medicamentos				
(insulina e comprimidos)				
conforme recomendado				
Não aderem	08		5,8	
1 a 2 dias por semana	00		0,0	
3 a 4 dias por semana	01		0,7	
5 a 6 dias por semana	17		12,2	
7 dias	113		81,3	
Diferenças por Grupo				
	DM1		DM2	
Aplicam insulina				
conforme recomendado				
	N	%	N	%
Não aplicam	00	0,0	03	3,4
1 a 2 dias na semana	01	2,0	01	1,1
3 a 4 dias na semana	00	0,0	01	1,1
5 a 6 dias na semana	08	16,0	12	13,5
Todos os dias	41	82,0	72	80,9
Tomam os comprimidos				
conforme recomendado				
	N	%	N	%
Não tomaram	47	94,0	16	18,0
1 a 2 dias por semana	00	0,0	02	2,2
3 a 4 dias por semana	01	2,0	01	1,1
5 a 6 dias por semana	00	0,0	08	9,0
Todos os dias	02	4,0	62	69,7
Monitorização da glicemia				
Avaliou a glicemia no sangue				
	N	%	N	%
Não avaliaram	00	0,0	00	0,0
1 a 2 dias na semana	00	0,0	04	4,5
3 a 4 dias na semana	00	0,0	09	10,1
5 a 6 dias na semana	01	2,0	05	5,6

Diferenças por Grupo	DM1		DM2		
Todos os dias	49	98,0	71	79,8	Avaliou a
glicemia no sangue					
conforme recomendado pelo					
profissional de saúde.	N	%	N	%	
Não verificam	01	2,0	13	14,6	
1 a 2 dias por semana	00	0,0	10	11,2	
3 a 4 dias por semana	05	10,0	18	20,2	
5 a 6 dias por semana	18	36,0	29	32,6	Todos os dias
	26	52,0	19	21,4	

Fonte: Dados da Pesquisa

Como citar: Migliorin GP, Bueno D, Santos CL. Cuidado em saúde de pacientes insulinizados da Farmácia Municipal de um município da Região Metropolitana de Porto Alegre - RS. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p85-100

Recebido em: 06/09/20

Aprovado em: 01/12/20



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p101-115

Avaliação da Saúde Ocular de Crianças da Educação Infantil em uma Creche: Tecendo Laços entre Educação e Saúde

Evaluation of Children's Eye Health in a Kindergarten: Weaving Ties Between Education and Health

Arilene Maria Da Silva Santos

Fisioterapeuta; Mestre em Ciências e Saúde – Universidade Federal do Piauí (UFPI); Especialização em Saúde da Família e Comunidade em caráter de Residência Multiprofissional – Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: arilenemaria@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-3970-3945

Ingrid Tajra

Fisioterapeuta; Especialista em Saúde Pública – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: ingridtajra@yahoo.com.br
ORCID: 0000-0002-2372-6934

Michelle Vicente Torres

Fisioterapeuta; Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); Professora Efetiva da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
E-mail: michellevicente@ccs.uespi.br
ORCID: 0000-0001-5084-228X

Resumo:

Objetivo: Avaliar a acuidade visual de crianças da educação infantil em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) do município de Teresina-PI. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, do tipo observacional, descritivo e transversal. Participaram do estudo 75 pré-escolares que estavam matriculados e frequentando regularmente a CMEI do bairro analisado, de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 6 anos de idade, sendo obtida prévia autorização dos pais/responsáveis. Foi realizada a avaliação da acuidade visual por meio do Teste de Snellen adaptado para a faixa etária estudada. **Resultados:** Foi constatada baixa acuidade visual em 2 crianças do sexo feminino (2,66%) e 1 criança (1,33%) do sexo masculino, portanto, não havendo diferença expressiva quanto ao sexo. Foram observadas ainda a presença de sinais e sintomas que indicam a necessidade de consulta oftalmológica mais aprofundada em cerca de 7%, devido alterações constatadas não somente pelo Teste de Snellen, mas também pela presença de sinais e sintomas indicativos de encaminhamento como o estrabismo e dor ocular em dois pré-escolares. **Conclusões:** A avaliação visual realizada permitiu avaliar a acuidade visual dos pré-escolares e assim contribuiu para a possibilidade de um diagnóstico de baixa acuidade visual das crianças avaliadas e seu posterior encaminhamento visando tratamento adequado, refletindo também na conscientização de pais/responsáveis e a necessidade de instituição efetiva de laços que aproximem a Estratégia de Saúde da Família e CMEI.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Saúde Ocular; Diagnóstico da Situação de Saúde; Serviços de Saúde Escolar.

Abstract:

Objective: to evaluate the visual acuity of children in kindergarten at a Municipal Center for Early Childhood Education (MCECE) in the city of Teresina-PI. **Methods:** This is a quantitative research, observational, descriptive and transversal. The study included 75 preschoolers who were enrolled and regularly attending the MCECE of the analyzed neighborhood, of both genders, aged between 3 and 6 years old, with parental authorization granted / confirmed. Visual acuity was assessed using the Snellen test adapted for the age group studied. **Results:** Low visual acuity was found in 2 female children (2,66%) and 1 male child (1,33%), therefore there was no significant difference in terms of gender. It was also observed the presence of signs and symptoms that indicate the need for more in-depth ophthalmological consultation in about 7% due to the changes observed not only by the Snellen Test, but also by the presence of signs and symptoms indicative of referral, such as strabismus and pain ocular in two preschoolers. **Conclusions:** The visual assessment carried out considers evaluating the visual acuity of preschoolers and thus contributed to the possibility of a diagnosis of low visual acuity in the assessed children and their subsequent appropriate referral, also reflecting in the awareness of parents or guardians and needed effective bonds that bring the Family Health Strategy and MCECE closer together.

Keywords: Child Health; Eye Health; Diagnosis of Health Situation; School Health Services.

Introdução

Ao longo dos últimos anos a assistência primária à saúde tem sido vista como uma importante estratégia para o controle dos agravos à saúde infantil, sendo a deficiência visual um dos principais problemas encontrados.¹ A integridade da visão é essencial para o aprendizado da criança, sendo o sentido responsável pela maior parte da informação sensorial que se recebe do meio externo. Estudos demonstram que a avaliação e a atenção oftalmológica na infância devem ter início precoce, visto que, quanto maior o atraso na determinação dos problemas oculares, menores serão as chances de recuperação e correção do problema.²

De acordo com Régis-Aranha³ e Oliveira e seus colaboradores⁴ a deficiência visual em idades precoces altera o desenvolvimento da motricidade, cognição e linguagem da criança com possíveis repercussões no processo ensino-aprendizagem, levando ao baixo desempenho escolar e desencadeando a evasão escolar. Visto isso como questão importante de saúde pública, algumas explicações são necessárias.

Neste contexto, a importância da detecção de alterações visuais em crianças em idade pré-escolar e escolar se deve ao fato de que nesta faixa etária ocorre o pleno desenvolvimento do aparelho visual, assim, o diagnóstico precoce de alterações visuais favorece medidas de encaminhamento para a correção.^{5,6} O ideal seria que toda criança fosse submetida ao exame oftalmológico ainda em idade pré-

escolar, a fim de minimizar as alterações oculares que futuramente influenciem na efetividade do processo de aprendizado.^{7,8}

Nesse cenário, a forma mais simples de diagnosticar um déficit de visão, aplicável ao ambiente escolar, é a avaliação da acuidade visual (AV) com a Escala Optométrica de Snellen que, por se tratar de uma solução simples e de baixo custo na detecção de alterações na AV, sua principal função visual, tem sua importância cada vez mais reconhecida.^{9, 10}

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, direciona para as equipes de Saúde da Família a realização de avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens integrantes dos quadros das escolas inseridas em seus territórios adscritos, sendo a avaliação oftalmológica uma das ações de saúde previstas, resultando na integração entre os setores da Educação e Saúde.¹¹

Considerando que o processo de identificação de possíveis alterações visuais requer que tanto a equipe de saúde quanto a equipe escolar estejam atentas e realizem atividades educativas conjuntas como parte da rotina diária da escola¹², é necessário que a Atenção Primária em Saúde e as Escolas estabeleçam vínculos e conexões intersetoriais, de forma a compartilhar uma produção sensível do cuidado dos educandos.

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a acuidade visual de crianças da educação infantil em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) do município de Teresina-PI.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, do tipo observacional, descritivo e transversal. Este estudo teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) com o número do parecer 3.255.677, respeitando todos os princípios éticos que norteiam a pesquisa com seres humanos, bem como as diretrizes preconizadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Participaram do estudo inicialmente 85 crianças, correspondente a todos os pré-escolares matriculados na Creche, de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 6 anos de idade. Conforme critérios de inclusão, foram avaliadas as crianças pré-escolares que estavam matriculadas e frequentando regularmente o Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) do bairro analisado e as quais foi possível obter a autorização prévia dos pais/responsáveis por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além da leitura do Termo de Assentimento para as crianças participantes.

Os critérios de exclusão envolveram as crianças que possuíam alguma limitação que interferisse na sua participação na pesquisa, tais como patologias neurológicas, bem como as crianças que ainda não verbalizavam ou que ainda não eram capazes de responder ao pesquisador de forma clara. Dessa forma, a amostra consistiu em 75 crianças, visto que, do total inicial, dois pais/responsáveis optaram em não autorizar a participação e oito crianças apresentaram dificuldades de resposta ao teste realizado. Foi adotado o seguinte encaminhamento para as crianças que não participaram da pesquisa: conversas com os pais/responsáveis quanto ao comparecimento periódico das crianças também ao oftalmologista, bem como orientações de contato com os agentes comunitários de saúde para prosseguimento com os procedimentos necessários para marcação da consulta e avaliação.

A triagem visual consistiu na avaliação da saúde ocular das crianças conforme ações e instrumentos preconizados pelo Ministério da Saúde¹², utilizando-se o Teste de Snellen adaptado, pois para crianças iletradas é recomendado o uso da tabela modificada (com desenhos ao invés de letras).¹³

A justificativa da utilização da Tabela Optométrica de Snellen adaptada para a faixa etária deu-se por esta ser considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um método simples, de baixo custo, com alta sensibilidade e especificidade que pode ser aplicado por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e até mesmo professores, adotando como base também o PSE.^{3,8}

Na coleta de dados (realizada entre os meses de abril a junho de 2019), as avaliações foram realizadas individualmente seguindo-se os princípios do Teste segundo Corrêa e colaboradores.¹³ As crianças foram posicionadas sentadas em uma cadeira com encosto, sendo a tabela de optótipos (imagens) de Snellen adaptada para a idade (dimensões A4) afixada a três metros de distância das pernas traseiras da cadeira e à altura perpendicular aos olhos da criança examinada. A medida da acuidade visual foi realizada primeiramente no olho direito, enquanto o olho esquerdo estava devidamente coberto com um oclisor ocular de forma não compressiva e sendo ensinado que, mesmo com o oclisor, os dois olhos deviam ficar abertos; em seguida, e utilizando-se a mesma conduta de oclusão, agora do olho direito, para medir a acuidade visual no olho esquerdo. Caso a criança já utilizasse correção óptica, como óculos, a avaliação foi feita com o uso desta.¹³

O resultado da acuidade visual foi considerado quando a criança identificou mais da metade das imagens em cada linha. Para evitar os falsos positivos, as crianças que apresentaram visão menor ou igual a 0,7 em pelo menos um dos olhos ou diferença de duas linhas ou mais entre os dois olhos foram encaminhadas ao reteste, realizado posteriormente pelo mesmo pesquisador e seguindo a mesma técnica do teste, com o objetivo de dar fidedignidade aos resultados obtidos, considerando-se ao final o

resultado em que a medida da acuidade visual foi maior. Ainda, foi observado se houve a presença de sinais e sintomas oculares agudos durante a avaliação, tais como olhos vermelhos, lacrimejamento, piscar contínuo dos olhos, inclinação persistente de cabeça, testa franzida ou olhos semicerrados etc.

Uma vez confirmado o déficit visual para a idade, os pais foram orientados para encaminhamento da criança à consulta especializada em oftalmologia. Dessa forma, a conduta de encaminhamento foi realizada com as crianças de 3 a 5 anos que apresentaram acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos e crianças de 6 anos com acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos.¹⁴ E a conduta de orientação aos pais sobre consultas periódicas de rotina ao oftalmologista foi realizada para as crianças que apresentaram resultados considerados dentro do esperado para a idade.

Resultados

Do total de 75 crianças avaliadas, 44 (58,7%) pertenciam ao sexo masculino e 31 (41,3%) ao sexo feminino. Segundo a faixa etária estudada, 18 crianças (24%) estavam com 3 anos de idade, 25 (33,3%) tinham 4 anos, 28 (37,4%) com 5 anos de idade e 4 crianças (5,3%) estavam com 6 anos, assim, a média de idade estudada foi de 4,5 anos de idade. De acordo com a série em que a criança estudava, 29,3% (22 crianças) frequentavam o Maternal II, 32% (24 crianças) o 1º Período e 38,7% (29 crianças) estavam matriculadas no 2º Período (Tabela 1).

O quantitativo de 17 crianças (22,6%) foi encaminhado ao reteste para evitar falsos positivos e destas, apenas 3 (correspondente a 4%) tiveram a confirmação de baixa acuidade visual (BAV) em ambos os olhos conforme Teste de Snellen, de forma que 96% das crianças submetidas à avaliação apresentaram acuidade visual dentro dos padrões de normalidade considerados para a idade. Foi constatada a BAV em duas crianças do sexo feminino (2,66%) e em uma criança do sexo masculino (1,33%), portanto não havendo diferença expressiva quanto ao sexo. Quanto ao uso de auxiliares ópticos, apenas duas crianças (2,6% da amostra) já utilizavam óculos e ambas também não apresentaram alterações da AV (Tabela 2).

Em apenas uma das três crianças com BAV, houve diferença de duas linhas entre o olho direito (OD) e o olho esquerdo (OE), assim como a constatação de BAV em ambos os olhos. As demais crianças com BAV não apresentaram diferença entre os olhos. Verificou-se que 17 crianças (22,6%) apresentaram diferença de apenas uma linha, porém com AV adequada em ambos os olhos, não repercutindo, portanto, em alterações visuais.

Em relação à presença de sinais e sintomas apresentados durante e logo após a realização do Teste de Snellen (Tabela 3) e destacando-se que cada criança podia apresentar mais de um sinal/sintoma, em 36% observou-se a inclinação persistente da cabeça, 36% apresentaram testa franzida ou olhos semicerrados e 36% não apresentaram nenhum sinal ou sintoma. Além disso, 12% (9 crianças) demonstraram um piscar contínuo dos olhos, cerca de 3% (2 crianças) manifestaram coceira ocular (esfregando os olhos frequentemente), aproximadamente 3% tinham desvio ocular-estrabismo ("olho vesgo") e cerca de 2% apresentaram lacrimejamento ou dor ocular. Não sendo observados ou relatados hiperemia do globo ocular, fotofobia, tremor ocular, presença de secreção ou dor de cabeça em nenhuma das crianças avaliadas e, portanto, não sendo identificados na Tabela 3.

Após as avaliações da acuidade visual, os pais/responsáveis foram comunicados em conversa individual para esclarecimento dos resultados do teste e observações pertinentes ao mesmo, adotando-se duas condutas: a orientação para acompanhamento periódico ao oftalmologista para as crianças que não apresentaram alteração no teste; e para as 3 crianças em que confirmou-se a BAV, os responsáveis foram orientados para o encaminhamento das mesmas ao serviço da Estratégia de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde existente no bairro para agendamento de consulta com o médico e posterior encaminhamento à consulta oftalmológica.

A mesma conduta de encaminhamento ao especialista foi adotada para mais duas crianças que, embora não apresentassem alterações detectadas pelo Teste de Snellen, apresentaram sinais que são considerados critérios para encaminhamento ao oftalmologista:¹⁵ uma criança com estrabismo e outra criança referindo dor ocular. Desta forma, foram encaminhadas para avaliação ocular mais aprofundada o total de 5 pré-escolares da CMEI, representando aproximadamente 7% da amostra estudada.

Discussão

No presente estudo, do total de 75 crianças avaliadas, 3 apresentaram baixa acuidade visual em ambos os olhos, confirmada após reteste, sendo duas crianças do sexo feminino e uma criança do sexo masculino. A inclinação persistente da cabeça, testa franzida ou olhos semicerrados foram os principais sinais apresentados durante a avaliação da AV, não resultando em alterações visuais. Porém, além das crianças com BAV, foram encaminhadas para atendimento mais especializado duas crianças por apresentarem estrabismo ou dor ocular.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica, o primeiro exame oftalmológico (Teste do Olhinho) deve ser realizado no recém-nascido ainda na Maternidade. Após,

indica-se um exame a cada seis meses nos primeiros dois anos de vida e, em seguida, em casos de normalidade, um exame anual até os 8-9 anos de idade.¹⁶ Diante da periodicidade recomendada, o contexto escolar adquire fundamental importância para atuação da equipe da ESF na realização de ações de promoção e prevenção de agravos à saúde ocular.¹⁷

Estudos semelhantes a este reafirmam a necessidade de avaliação oftalmológica precoce, sugerindo que a detecção de alterações e consequente tratamento após a idade de seis anos provavelmente torna o mesmo menos eficaz, como demonstrado por Couto Júnior¹⁸, que avaliou a presença de alterações oculares em crianças pré-escolares e escolares em um Município do Rio de Janeiro. No estudo citado, 5,17% das crianças avaliadas (de um total de 609) apresentaram alterações sendo, por isso, encaminhadas ao serviço de oftalmologia do Instituto de realização da pesquisa, verificando-se que o atraso no encaminhamento e até mesmo o não tratamento das crianças com baixa AV piora o prognóstico visual, principalmente se associado ao estrabismo.¹⁸

A pesquisa realizada por Oliveira e colaboradores⁴ avaliou crianças pré-escolares e do Ensino Básico, entre 4 a 10 anos de idade, dentro do âmbito escolar em São Paulo e também ressalta a importância da avaliação da acuidade visual em idades precoces, visando reduzir a incidência de ambliopia. Ou seja, detectar crianças com valores de AV abaixo dos considerados dentro da normalidade, a fim de que os erros refracionais sejam identificados e corrigidos em tempo propício para o adequado tratamento.

Isso deve-se ao fato de que os erros de refração não corrigidos são a principal causa de deficiência visual entre as crianças brasileiras, visto que a presença de estrabismo ou a não visualização e formação da imagem correta na retina por obstrução nos meios oculares até os seis anos de idade levam ao inadequado desenvolvimento da visão no cérebro. E de modo geral, mais da metade das crianças que desenvolvem algum tipo de deficiência visual apresentam este quadro devido a causas evitáveis (15% tratáveis e 28% preveníveis).¹⁹ Assim, foi possível constatar a BAV em três dos pré-escolares avaliados no presente estudo e a presença de estrabismo em uma criança.

Considerando estas diferentes questões, a presente pesquisa detectou a necessidade de consulta oftalmológica mais aprofundada em cerca de 7% das crianças devido a alterações constatadas não somente pelo Teste de Snellen, mas também pela presença de sinais e sintomas indicativos de encaminhamento, como o estrabismo e dor ocular em dois pré-escolares, respectivamente. Além de configurar-se como a primeira triagem ocular de um quantitativo considerável das crianças avaliadas, ressaltando a orientação da periodicidade da avaliação e comparecimento aos encaminhamentos realizados.

O Ministério da Saúde reconhece que, embora passíveis de correção por medidas consideradas simples, os problemas oftalmológicos infantis ainda são de difícil resolução no Sistema Único de Saúde (SUS) pelo fato de a avaliação ocular ser considerada rotina apenas em idades maiores.²⁰ A dificuldade enfrentada na prevenção não se justifica pela ausência de tecnologia adequada, visto a simplicidade e eficiência do Teste de Snellen adaptado, mas sim pelas condições de acesso aos serviços e à organização da assistência oftalmológica que se dá, por vezes, de forma isolada do âmbito escolar, além da dificuldade de conscientização dos pais/responsáveis sobre a prática preventiva já na primeira infância.⁷

Portanto, corroborando com autores como Barreto⁹ e Schumacher²¹ que destacaram a importância do encaminhamento de escolares com alterações da acuidade visual o mais rápido possível à consulta especializada para possível correção óptica e prevenção de danos futuros, ratifica-se nesta pesquisa a importância de obter dados sobre a acuidade visual na faixa etária avaliada, enfocando-se a mobilização necessária por parte dos docentes e dos profissionais de saúde para atuação em parceria. E assim proporcionar a construção de novas estratégias de prevenção e identificação de alterações visuais em pré-escolares, estreitando laços entre a Estratégia de Saúde da Família e as escolas.

É importante destacar alguns entraves durante o processo de produção de dados do presente estudo, tal qual a metodologia utilizada para avaliação da acuidade visual dos pré-escolares que exigia a capacidade cognitiva do aluno e, por isso, houve impossibilidade de realização da triagem em alguns pré-escolares devido a presença de algum distúrbio neurológico que limitava a capacidade de compreensão para a resposta ao Teste. E até mesmo a dificuldade de comunicação própria da faixa etária, além de algumas recusas de pais/responsáveis para autorização, o que justifica a diminuição da amostra final.

É salutar destacar também como limitação a dificuldade de encontro com alguns pais/responsáveis para a sensibilização da importância da avaliação visual sobre a alegação dos mesmos de falta de tempo disponível, o que ainda recai nos seus relatos sobre a demora e burocracia no acesso direto a este serviço pelo SUS. Trata-se ainda de um estudo local, em um bairro específico, com limitação de amostra, porém, foi possível constatar que a avaliação da saúde ocular dentro da referida CMEI ofereceu uma oportunidade única para potenciais diagnósticos de alterações oculares em crianças menores, fato também relatado por alguns pais/responsáveis. No entanto, é preciso fortalecer e melhorar a integração entre Escola e UBS, bem como uma efetiva conscientização dos pais/responsáveis.

Fundamenta-se a taxa de BAV verificada na pesquisa em estudos previamente realizados^{4,22,23} que relacionaram o aumento da idade com a maior prevalência de BAV, com variações partindo de 6% até 20,9%. A pesquisa de Oliveira e colaboradores²², ao realizar triagem que avaliava a ocorrência de erros

refracionais por meio do Teste de Snellen em crianças escolares da 1ª a 5ª série do ensino fundamental (entre cinco e quinze anos de idade) de duas escolas municipais em Santa Catarina, verificou a prevalência de erros refracionais mais estabelecidos em crianças a partir dos seis anos de idade, ressaltando que as crianças com idade inferior a oito anos apresentaram menor índice de problemas visuais.

Com tais diferenças sendo possivelmente justificadas pelo tipo de teste aplicado, considerando instrumentos oftalmológicos mais específicos e realizados pelo médico especializado; a faixa etária (crianças em idade pré-escolar e escolares); e mesmo pelo ambiente de realização do estudo, pois a procura em Centros Oftalmológicos dá-se por motivos curativos devido a instalação de alterações visuais, apresentando, portanto, maiores índices de problemas oculares, diferentemente dos realizados em Escolas públicas que apresentam triagem mais preventiva.²³ Diante do exposto, verifica-se a escassez de estudos com abordagem específica semelhante ao presente estudo.

Embora o total de 4% de BAV encontrado na referida CMEI ter sido menor do que em outros estudos, a presente pesquisa indica a importância deste tipo de intervenção, assim como mostra a necessidade de o sistema público de saúde trabalhar mais próximo à comunidade. Portanto, programas de triagem visual devem ser efetivamente aplicados na educação infantil pré-escolar, tendo clara a percepção da continuidade, ou seja, não basta realizar ações apenas antes ou quando a criança inicia o período escolar, mas em todas as fases do seu desenvolvimento.

Com a realização de orientações aos pais/responsáveis para o encaminhamento ao profissional oftalmologista responsável pelo diagnóstico final e a condução ao devido tratamento nos casos de BAV detectados, verifica-se a necessidade de acompanhamento se realmente os pré-escolares compareceram às consultas agendadas. O não comparecimento à consulta oftalmológica é também indicado em estudo que explica tal dado pela falta de integração entre escola, equipe de saúde e comunidade, bem como por fatores socioeconômicos e culturais.²⁴

Tal fato indica que estudos dessa natureza e intervenções por meio de programas e ações de promoção da saúde necessitam ser intensificados e ampliados. Não apenas pela integração entre os setores da educação e da saúde, mas também contando com o apoio dos pais e da comunidade que precisam ser motivados para a promoção da saúde ocular infantil.

Por ser a acuidade visual considerada como a principal função ocular, referindo-se à capacidade que os olhos possuem de perceber formas e contornos, a relevância deste trabalho dá-se por atender para a importância da triagem visual ainda na primeira infância²⁵ e diante dos escassos estudos nesta faixa etária específica, além de visar atender às necessidades oculares de crianças de escolas públicas. Para

isso, faz-se necessária a sensibilização dos pais sobre a importância da visão para o desenvolvimento educacional da criança juntamente com a mobilização de profissionais da educação e saúde.

Destaca-se aqui que os resultados das avaliações realizadas foram apresentados à CMEI e ESF com o objetivo de, conjuntamente, visualizar e construir estratégias e caminhos para solucionar o problema identificado, bem como para o desenvolvimento de ações compartilhadas de promoção à saúde.

Sabe-se que a capacidade visual permitida pelo Sistema Nervoso Central em humanos se desenvolve progressivamente desde o nascimento e passa por muitas mudanças durante o processo de maturação visual, que ocorre lentamente até os 7 anos de idade, permitindo progressiva melhora na visão e desenvolvimento funcional. Considerando o desenvolvimento visual normal e cognitivo, um sistema visual totalmente desenvolvido é percebido até a criança completar 10 anos.²⁶

Diante disso, constata-se a importância de avaliações visuais periódicas em pré-escolares, sendo recomendados levantamentos regulares da população na faixa etária de 0 a 6 anos, conforme realizado no presente estudo, visando o diagnóstico e correção precoce considerando-se que a presença de qualquer obstáculo no desenvolvimento até que a acuidade visual esteja totalmente estabelecida, certamente levará a déficits visuais, possivelmente de caráter irreversível.²⁷

Acrescenta-se o fato de que até a idade escolar alterações visuais podem passar de forma despercebida, uma vez que dificilmente a criança realiza atividades que demandem esforço visual, o que se agrava ainda mais pela ausência de exames oftalmológicos periódicos na faixa etária pré-escolar. Dessa forma, a avaliação visual em ações desenvolvidas na perspectiva do PSE na educação infantil representa um meio efetivo para o diagnóstico precoce, além de ser possível preencher essa lacuna temporal, visto que grande parcela das crianças chega à escola sem nunca ter passado por um exame oftalmológico.^{27,28}

O processo de construção da pesquisa reforça não somente a importância de parcerias entre CMEI e UBS com a participação dos vários atores profissionais da educação e saúde para a efetiva avaliação visual periódica no âmbito da pré-escola, mas também destaca o papel dos pais/responsáveis na perspectiva da saúde ocular das crianças desde os primeiros anos de vida.

Considerações Finais

A importância de avaliações visuais periódicas, principalmente em crianças na faixa etária pré-escolar já foi descrita e defendida por alguns autores, concluindo-se que a identificação precoce e

encaminhamento à assistência em saúde são estratégias que podem promover o adequado desenvolvimento e eficiência visual, além de prover condições favoráveis para o melhor aproveitamento escolar.

Nesse contexto, a aplicação do teste de acuidade visual realizado, em parceria com o referido Centro Municipal de Educação Infantil na perspectiva do Programa Saúde na Escola, permitiu avaliar a acuidade visual dos pré-escolares e, assim, contribuiu para a possibilidade de um diagnóstico de baixa acuidade visual das crianças avaliadas e seu posterior encaminhamento visando tratamento adequado, refletindo também na conscientização de pais/responsáveis e a necessidade de instituição efetiva de laços que aproximem a Estratégia de Saúde da Família e CMEI.

Sendo assim, os resultados do presente estudo mostram a importância da integração dos setores da saúde e da educação pré-escolar para a prevenção e detecção precoce de problemas visuais, ressaltando a importância de inclusão dentro da rotina diária das atividades educativas realizadas por todos os profissionais que participam do Programa Saúde na Escola.

Sugere-se ainda a realização de estudos posteriores semelhantes a este visando a avaliação visual de pré-escolares no cenário do PSE e seu acompanhamento, de forma a contribuir com a construção do conhecimento, evidenciando na literatura a perspectiva preventiva da saúde ocular nos primeiros anos de vida da criança.

Referências

1. Dias IMAV, Salvador M, Pacheco ZML, Andrade AM, Alves TGF, Vieira ARB, et al. Olho vivo: analisando a acuidade visual das crianças e o emprego do lúdico no cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(2): 318-23.
2. Figueiredo SO, Roque ILF, Guimarães IISM, Vieira LMP, Amaral NS, Gonzaga RMC. Detecção precoce e resolução de deficiência visual em escolares da cidade de Patos de Minas. *Rev Med Minas Gerais.* 2015; 25(5):18-21.
3. Régis-Aranha LA, Moraes FH, Santos STC, Heufemann NEC, Magalhães WOG, Zacarias Filho RP, et al. Acuidade visual e desempenho escolar de estudantes em um município na Amazônia Brasileira. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2017; 21(2): 1-6.
4. Oliveira CAS, Parizotto AV, Caleffi MF, Beal C, Yeh WSS, Vicensi MC. Erros de refração como causas de baixa visual em crianças da rede de escolas públicas da regional de Botucatu – SP. *Arq Bras Oftalmol.* 2009;72(2):194-98.
5. Pinheiro RC, Pizzani L, Martinez CMS, Hayashi MCPI. Produção científica sobre avaliação da visão em crianças: um estudo bibliométrico na base de dados LILACS. *Rev Educ Espec.* 2012; 25(42): 143-66.

6. Moreira Neto CA, Moreira ATR, Moreira LB. Relação entre acuidade visual e condições de trabalho escolar em crianças de um colégio do ensino fundamental público de Curitiba. *Rev Bras Oftalmol.* 2014; 73(4): 216-19.
7. Dias IMAV, Salvador M, Pacheco ZML, Andrade AM, Alves TGF, Vieira ARB, et al. Estudo da acuidade visual de crianças de uma escola do município de Juiz de Fora – MG. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011; 1(1): 103-11.
8. Biberg-Salum TG, Picoli RP, Budib CB, Souza CC, Guimarães CM, Aguiar EC, et al. Triagem para distúrbios visuais em escolares no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Scientia Medica.* 2015; 25(4): 21389.
9. Barreto LP. Rastreamento da deficiência visual em crianças do Ensino Fundamental de uma Escola do Município de São João de Meriti – RJ. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Especialização em Saúde da Família. 34 p, 2015.
10. Lemos ABS, Cerdeira CD, Laignier BFF, Cota LHT, Silva MC, Barros GBS. Triagem oftalmológica e análise dos potenciais fatores de risco para a baixa acuidade visual de alunos no Ensino Fundamental I (primeira a quarta série) da rede pública em Alfenas/MG (Brasil). *Arq Catarin Med.* 2018; 47(1): 106-20.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Saúde na Escola. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 93p. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 28 p. 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf.
13. Corrêa EJ, Molinari LC, Boteon J. Avaliação ocular de crianças e adolescentes na atenção básica à saúde. In: GUSMAO, C. M. G. et al. II Relato de experiências em tecnologias educacionais do Sistema UNA-SUS 2015. 22. ed. Recife: Editora Universitária UFPE, p.196 - 211, 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual: manual de orientação / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 24 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1863-pse-manual-olharbrasil&Itemid=30192.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf.

17. Becker TOF, Cortela DCB, Miura H, Matsuhara ML. Avaliação da acuidade visual em escolares do ensino fundamental. *Rev Bras Oftalmol.* 2019; 78(1): 37-41.
18. Couto Júnior AS, Jardim JL, Oliveira DA, Gobetti TC, Portes AJF, Neurauter R. Alterações oculares em crianças pré-escolares e escolares no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Oftalmol.* 2010; 69 (1): 7-11.
19. Ottaiano JAA, De Ávila MP, Umbelino CC, Taleb AC. As Condições de Saúde Ocular no Brasil. Edição 1 – 2019. CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia.
20. Dalia ERC, Campo LM, Teixeira LP, Vilar MMC, Abreu PHL, Nassaralla Junior JJ. Análise da prevalência dos pacientes que necessitam de óculos em um Hospital Oftalmológico em Goiânia, Goiás, Brasil. Projeto Olhar Brasil. *Rev Bras Oftalmol.* 2017; 76 (2): 57-60.
21. Schumacher MLN, Gasparetto MERF. Saúde ocular de escolares: atuação de enfermeiros. *Rev Enferm UERJ.* 2016; 24(6):e15108.
22. Oliveira RS, Parizotto AV, Caleffi MF, Beal C, Yeh WSS, Vicensi MC. Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d’Oeste, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(28): 180-86.
23. Ribeiro GB, Coelho ALD, Chaves PHP, Macedo RL, Blasco e Silva TA. Avaliação oftalmológica de crianças de escolas públicas de Belo Horizonte/MG: um panorama acerca da baixa acuidade visual. *Rev Bras Oftalmol.* 2015; 74 (5): 288-91.
24. Koga MCS, Amorim VAM, Gonçalves WG, Regino DSG. Avaliação da acuidade visual pela enfermagem: utilização da tabela de snellen em crianças do ensino fundamental I. *Rev Cient Unisalesiano.* 2016;7(15): 423-36.
25. Valverde CN, Nacif TC, Freitas HO, Queiroga TM, Bomfim-Pereira MG. Prevalence of detection of visual impairment and treatment in the age group 4 to 7 years. *Rev Bras Oftalmol.* 2016;75(4):286-89.
26. Zimmermann A, Carvalho KMM, Atihe C, Zimmermann SMV, Ribeiro VLM. Visual development in children aged 0 to 6 years. *Arq Bras Oftalm.* 2019; 82(3): 173-75.
27. Silva CMF, Almeida DR, Bernardes RR, Bazzano FCO, Mesquita Filho M, Magalhães CHT, et al. Desempenho escolar: interferência da acuidade visual. *Rev Bras Oftalmol.* 2013; 72 (3): 168-71.
28. Dan VJL. Prevalência de baixa acuidade visual em escolares do oeste paulista. *Rev Urutagua-acadêmica disciplinar.* 2016, 33: 132-38.

Tabelas

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual da amostra conforme sexo, idade e série frequentada dos pré-escolares matriculados no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), Teresina, agosto, 2019. (N =75).

Variáveis	N	%
-----------	---	---

Sexo			
	Masculino	44	58,7%
	Feminino	31	41,3%
Idade			
	3 anos	18	24%
	4 anos	25	33,3%
	5 anos	28	37,4%
	6 anos	4	5,3%
Série			
	Maternal II	22	29,3%
	1º Período	24	32%
	2º Período	29	38,7%

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual das variáveis: reteste, baixa acuidade visual e uso de auxiliares ópticos dos pré-escolares avaliados no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), Teresina, agosto, 2019. (N =75).

Variáveis		N	%
Reteste			
	Não	58	77,4%
	Sim	17	22,6%
Baixa Acuidade Visual			
	Não	72	96%
	Sim	3	4%
Uso de Auxiliares Ópticos			
	Não	73	97,4%
	Sim	2	2,6%

Tabela 3 – Percentual de sinais e sintomas apresentados durante ou logo após a realização do Teste de Snellen em pré-escolares matriculados no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), Teresina, agosto, 2019. (N =75).

Sinais e sintomas	% *
Inclinação persistente da cabeça	36%
Testa franzida ou olhos semicerrados	36%

Piscar contínuo dos olhos	12%
Coceira ocular	3%
Desvio ocular (estrabismo)	3%
Lacrimejamento ou dor ocular	2%
Não apresentaram nenhum sinal/sintoma	36%

*Destaca-se que cada criança podia apresentar mais de um sinal/sintoma.

Como citar: Santos MAS, Tajra I, Torres MV. Avaliação da Saúde Ocular de Crianças da Educação Infantil em uma Creche: Tecendo Laços entre Educação e Saúde. **Saúde em Redes.** 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p101-115

Recebido em: 29/01/20

Aprovado em: 27/12/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p117-129

Medicamentos genéricos em Portugal: estudo de avaliação do conhecimento dos utentes

Generic drugs in Portugal: a study to evaluate users' knowledge

Alexandre Morais Nunes

Doutor em Administração da Saúde (Universidade de Lisboa | ISCSP).

Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa.

ORCID: 0000-0002-6808-7769

Resumo:

O início da comercialização de medicamentos genéricos em Portugal ocorreu em 1990 (Decreto-Lei 81/90) e tinha por objetivo reduzir custos, mantendo a eficácia terapêutica. O presente estudo tem por objetivo avaliar o grau de conhecimento dos portugueses relativamente ao medicamento genérico e sua utilização. Trata-se de um estudo analítico com recolha de dados baseada na aplicação de um questionário aplicado a 300 utentes do SNS residentes nas cinco regiões de Portugal. A informação foi tratada com recurso ao *Software*: Excel® e SPSS®. Como principais resultados, a grande maioria (95%) dos inquiridos consumiu medicamentos genéricos (MG). No entanto, apenas 45% os define corretamente e os restantes apresentam dúvidas relativas à sua eficácia quando comparada com medicamentos de marca. Quanto à distribuição geográfica os utentes residentes na região Norte e do Alentejo estão mais familiarizados com o conceito e consumo, ao contrário dos utentes residentes na região Centro e no Algarve. Relativamente à prescrição, 52% referem que os seus médicos promovem a prescrição de MG, 35% referem que na farmácia já substituíram medicamentos de marca por genéricos e 22% referem que substituíram um genérico por outro. Quanto ao preço, todos reconhecem que os medicamentos genéricos têm menor custo, sendo para 70% dos inquiridos um importante fator que prevalece no momento da dispensa. Por fim, concluiu-se que o conhecimento dos utentes sobre o medicamento genérico é positivo mas ainda restam dúvidas na população quanto à eficácia do mesmo, sendo necessárias mais ações de sensibilização junto da população.

Palavras-chave: Conhecimento; medicamentos genéricos; medicamentos de marca; Portugal.

Abstract:

The beginning of commercialization of generic medicines in Portugal occurred in 1990 (Decree-Law 81/90) and aimed to reduce costs by ensuring a therapeutic efficacy equal to branded drugs. This study aim evaluate the degree of knowledge of the Portuguese regarding the generic medicine and its use. This is an analytical study with data collection based on the application of a questionnaire applied to 300 users of the National Health Service residing in the five regions of mainland Portugal. The information was treated using the software: Excel® and SPSS®. In results, the majority (95%) of respondents consumed generic drugs (GD). However, only 45% define them correctly and the rest have doubts as to their efficacy against brand-name drugs. Regarding the geographical distribution, the users residing in the North and Alentejo are more familiar with the concept and consumption, unlike the residents in the Center and Algarve. Regarding the prescription, 52% said that their doctors promoted the prescription of GD, 35% said that in the pharmacy they have already replaced branded

drugs with generics and 22% say they replaced one generic with another. As for price, everyone recognizes that generic medicines have a lower cost, and 70% of respondents are an important factor that prevails at the time of dispensation. In conclusion, it was verified that the knowledge about the generic drug is positive but there are still doubts in the population about its efficacy, being necessary still actions of sensitization to the population.

Keywords: Knowledge; generic drugs; brand name drugs; Portugal.

Introdução

Um medicamento genérico trata-se de um medicamento que tem a mesma substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e indicação terapêutica que o medicamento original de referência.¹

A utilização de medicamentos genéricos é reconhecida internacionalmente pela garantia de uma plena segurança, qualidade e eficácia aos cidadãos^{2,3}. Além disso, a promoção do consumo de genéricos contribui para o uso racional do medicamento e gera poupanças para os utentes e para o Serviço Nacional de Saúde, contribuindo assim para a sua sustentabilidade^{4,5}.

A introdução de medicamentos genéricos no mercado português é concretizada com o Estatuto do Medicamento de 1990⁶, que caracteriza o medicamento genérico, apresenta os respetivos benefícios para o utente e que estabeleceu que a prescrição ficaria restrita ao nome genérico ou à denominação comum internacional (DCI) das substâncias ativas. Com a alteração ao Estatuto do Medicamento em 1998⁷, foi determinada a indicação obrigatória da dosagem e da forma farmacêutica nos medicamentos genéricos.

Desde finais dos anos 90, com o objetivo de promover o aumento do consumo de medicamentos genéricos foram desenvolvidas diversas medidas, das quais se destacam:

- a) Programa Integrado de Promoção dos Medicamentos Genéricos, que conduziu à publicação de um vasto conjunto de peças legislativas:
 - Lei n.º 14/2000, de 08 de agosto - medidas para a racionalização da política do medicamento no âmbito do SNS - a prescrição com a denominação comercial passou a ser acompanhada pela DCI e na dispensa passa a ser necessário informar os utentes da existência de opção por MG quando o prescriptor não tenha optado por uma determinada marca;
 - Decreto-Lei n.º 205/2000, de 01 de setembro - estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos (introduzida majoração de 10% para todos os MG e de

- 15% quando aplicado aos escalões inferiores calculados em função do rendimento do utente);
- Decreto-Lei n.º 242/2000, de 26 de setembro - regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano, tendo como objetivo a promoção do desenvolvimento de uma quota de mercado. Com este diploma foram atualizados conceitos e introduzida a referência "MG";
 - Portaria n.º 577/2001, de 7 de junho - estabelece um regime especial de preços para medicamentos genéricos (no mínimo inferior a 35% do preço do medicamento de referência) e fixou em 8 e 20% a margem de comercialização sobre o PVP deduzido em IVA aplicado a grossistas e a retalhistas.
 - Despacho n.º 7145/2002, de 7 de março que definiu que as poupanças para o Estado deviam ser aplicadas sob a forma de incentivos para as instituições (p.ex: investimentos) e prescritores (p.ex: financiamento para investigação, congressos, revistas científicas).
- b) Introdução do sistema de preços de referência, aplicado a medicamentos de um mesmo grupo homogéneo, ou seja, aqueles que apresentam a mesma composição e para os quais exista no mínimo um medicamento genérico que tenha a mesma dosagem, forma e via de administração. O preço de referência é calculado em função do medicamento genérico mais caro em cada grupo (Decreto-Lei n.º 270, de 2 dezembro)
- c) Reforço da obrigatoriedade da prescrição por DCI (ainda que permita referência ao nome comercial) e também obriga o prescritor a informar o utente sobre o medicamento genérico existente e o preço mais reduzido (Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 dezembro);
- d) Controlo da despesa através da promoção do medicamento genérico:
- Decreto-Lei n.º 1184/2008 e Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro - revista ao longo dos anos permitiu reduzir gradualmente os preços máximos de venda ao público dos medicamentos genéricos - possibilitando a redução de 30% do preço de venda ao público nos medicamentos genéricos (exceto aqueles cujo preço era já inferior a 5€ e nos casos em que a redução significasse um preço de venda inferior a 50% do medicamento de referência. Esta portaria foi alterada pelas Portarias n.ºs 1551/2008, de 31 de dezembro; 668/2009, de 19 de junho; 1047/2009, de 15 de setembro; 1460-D/2009, de 31 de dezembro; 283/2010, de 25 de maio);
 - Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio - aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos e promove "a generalização da utilização do medicamento genérico, dada a sua comprovada qualidade e óbvio benefício para o cidadão". São estabelecidas regras de determinação do preço de cada novo medicamento genérico a entrar em grupo homogéneo, quando neste existam pelo menos 5 % de quota do mercado de medicamentos genéricos.
 - O Decreto-Lei n.º 106-A/2010 vem alterar uma vez mais as regras de comparticipação, passando a comparticipação pelo Estado a depender da prescrição por via eletrónica, numa estratégia que visa a redução da despesa pública através da associação entre a

prescrição por DCI e o aumento da dispensa de medicamentos genéricos. O preço de referência em cada grupo homogéneo passa a ser a média dos 5 preços mais baixos desse grupo;

- Decreto-Lei n.º112/2011, de 29 de novembro (regulamentado pela Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro) que estabelece novas regras na formação de preços dos medicamentos genéricos.

Ao longo dos anos, a denominação dos medicamentos genéricos não gerou interesse de investimento por parte da indústria perante a grande associação entre nomes comerciais, muito publicitados, e associados a determinadas patologias⁸. No entanto, em 2012 e por imposição do Memorando de Entendimento⁹, foi instituída a obrigatoriedade da prescrição e dispensa de medicamentos por Denominação Comum Internacional (DCI) da substância ativa, ficando as farmácias no ato da dispensa obrigadas a informar o utente da existência de medicamentos genéricos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, apresentação e dosagem e ainda devem ter disponível pelo menos três entre os cinco medicamentos de menor custo, passando o utente, com as devidas exceções, a exercer o seu direito de opção.¹⁰

Com a prescrição por DCI dissociaram-se as patologias de determinadas marcas "assumindo-se a evidência farmacológica como determinante da opção clínica e promovendo a uma adequada competitividade entre produtores de medicamentos genéricos"⁸. Com esta medida Portugal integrou em janeiro de 2013 o grupo de países europeus que instituiu como obrigatória a prescrição por DCI, juntando-se a países como a Grécia, Estónia, Letónia, Lituânia e Roménia.¹¹

Toda esta legislação produzida em 2012, consolidou os elementos fundamentais para novo paradigma de prescrição de medicamentos por:

- DCI;
- Via eletrônica;
- Sustentada por normas de orientação clínica.

A questão da relação entre a dissociação das marcas das patologias e a promoção do medicamento genérico não é consensual na literatura. Por um lado, autores como Simoens¹² e Aggeliki et al¹³ defendem que a promoção da prescrição de medicamentos genéricos por parte dos médicos poderá dar uma maior margem para o crescimento do mercado e, por outro lado, um estudo realizado pelo Governo Britânico¹⁴, defendem que medidas impositivas como a prescrição por DCI pode gerar diminuição da

adesão terapêutica ao medicamento genérico. Contudo, no caso português desde a publicação das novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos ocorrida no ano 2012 assistiu-se a um crescimento muito significativo do mercado de genéricos em 2017 (figura 1).

Mesmo com esse sucesso, a adesão dos utentes aos medicamentos genéricos continua a ser um tema pertinente, pois na literatura encontram-se ainda algumas referências a fatores de resistência ao uso de medicamentos genéricos muito associados à falta de confiança dos cidadãos por falta de informação; à falta de orientação e estímulo ao uso destes medicamentos e ainda a cresças negativas associadas a efeitos adversos.¹⁵⁻¹⁸

Como objetivo geral deste estudo pretendeu-se avaliar o grau de conhecimento dos portugueses relativamente ao medicamento genérico e sua utilização.

Como objetivos específicos pretendeu-se:

- Determinar a percentagem de utentes que já consumiu medicamentos genéricos
- Identificar a percentagem de utentes que entendem o conceito de medicamento genérico em cada uma das regiões.
- Identificar a percentagem de médicos que promovem a prescrição de medicamentos genéricos e os seus argumentos para convencer o utente.
- Determinar a percentagem e os argumentos dados ao utente nas situações em que as prescrições foram substituídas por iniciativa da farmácia (medicamento de marca por genérico e medicamento genérico por outro genérico).
- Avaliar o conhecimento dos utentes quanto ao preço dos medicamentos genéricos e a importância que tem no momento da dispensa.

Método

Realizou-se um estudo analítico, descritivo e transversal, com recolha de dados prospetiva através de um questionário. A amostra de conveniência foi constituída por 300 utentes do Serviço Nacional de Saúde, com idade compreendida entre os 30 e os 70 anos e residentes nas cinco regiões de saúde: Norte (n=60), Centro (n=60), Lisboa e Vale do Tejo (n=60), Alentejo (n=60) e Algarve (n=60). Optou-se por excluir utentes com idade inferior a 30 anos pelo facto de se pretender uma amostra que tenha acompanhado a evolução do mercado de genéricos e excluíram-se os utentes cujas prescrições resultam de consultas não presenciais e relacionadas com medicação de uso prolongado.

A tabela 1 mostra as características adicionais da amostra em cada uma das regiões. Com base na tabela, verifica-se que a maioria dos inquiridos é do sexo feminino (62%), sendo a região do Algarve a

que tem a maior percentagem de mulheres (66,7% e a região centro a menor (55%). A média das idades dos participantes situou-se nos 54 anos. A região com a média de idades mais elevada foi o Alentejo 56 anos e a que apresentou a menor média foi Lisboa e Vale do Tejo com 52 anos.

Quanto ao nível de escolaridade, 31% dos inquiridos são licenciados e 27% têm escolaridade igual ou inferior a 4 anos. Em termos de rendimento auferido verifica-se que 43% dos utentes inquiridos ganha o equivalente a 1 salário mínimo, sendo a região Centro e a região do Alentejo as que têm maior proporção de residentes nesta situação económica.

Considerou-se cada questionário realizado como uma unidade de observação e caracterizou-se com as seguintes variáveis:

- Idade, área de residência, género, rendimento mensal e escolaridade do utente;
- Origem da prescrição (médico cuidados de saúde primários ou médico de especialidade hospitalar);
- Tipo de consulta (presencial, não presencial, primeira de especialidade ou subsequente);
- Tipo de prescrição (medicação para doença situação aguda ou crónica (entendida como aquela medicação de uso prolongado));
- Médico prescriptor (promove genéricos ou não)
- Toma habitual de medicamentos genéricos;
- Conhecimento sobre o conceito de medicamento genérico comparativamente aos de marca;
- Esclarecimento dado pelo médico relativamente à segurança e qualidade do medicamento genérico quando comparado com os de marca
- Ocorrência ou não de substituição de medicamentos prescritos na farmácia (medicamento de marca por um genérico e medicamento genérico por outro genérico);
- Justificação dada para a substituição;
- Conhecimento sobre a diferença de preços;
- Importância atribuída ao fator preço na dispensa do medicamento.

O guião do questionário para coleta de dados contemplou uma explicação dos objetivos do estudo, a garantia da confidencialidade, tendo-se obtido o consentimento de todos os participantes. A colheita de dados realizou-se com preenchimento manual ou através de distribuição via correio eletrónico com perguntas fechadas (colocação de x na resposta adequada a cada caso ou seleção entre sim vs não) e com questões abertas. Foi construída uma base de dados única, em MS Excel, onde foram registadas as respostas dos utentes.

Os dados foram trabalhados em MS Excel® 2016 e tratados estatisticamente com recurso ao SPSS Statistics® v25.0 com recurso a técnicas de análise univariada para analisar, caracterizar a amostra e

controlar a qualidade dos dados. Se procedeu à realização de uma análise de conteúdo para as perguntas abertas do questionário, nomeadamente:

- Conhecimento sobre o conceito de medicamento genérico comparativamente aos de marca;
- Esclarecimento dado pelo médico relativamente à segurança e qualidade do medicamento genérico quando comparado com os de marca;
- Justificação dada para a substituição do medicamento prescrito na farmácia.

Resultados

Quanto à origem da prescrição, 68% é proveniente dos cuidados de saúde primários e 22% dos hospitalares. Todos os casos referidos pelos utentes correspondem a consultas presenciais. Do total de medicamentos prescritos aos utentes 46% dos utentes refere que se tratou de medicação para situações clínicas agudas, 40% referem que a prescrição foi realizada no âmbito do tratamento de uma doença crónica e 14% para ambos os casos.

Do total de entrevistados, 95% refere que já consumiu medicamentos genéricos e apenas 5% refere que nunca consumiu. Apesar da grande percentagem que refere ter já consumido medicamentos genéricos, apenas 45% entende que são idênticos aos medicamentos de marca quanto à eficácia, qualidade e segurança. Entre os utentes mais familiarizados com o medicamento genérico estão os residentes na região Norte e Alentejo. Já a maior desconfiança reside na região Centro e no Algarve. Na justificação, com recurso à análise de conteúdo, os utentes que não confiam nos medicamentos genéricos põem em causa os resultados em termos de eficácia (n=70%), a qualidade (n=62%) e ainda 30% refere mesmo que têm mais efeitos secundários.

Quando questionados sobre a fonte de informação sobre medicamentos genéricos, os inquiridos destacam os médicos (n=189), os farmacêuticos (n=98) e a internet (13%).

Relativamente à prescrição, 52% referem que os seus médicos promovem e prescrevem medicamentos genéricos e 23% afirmam que os seus médicos nunca falaram do tema. Com recurso à análise de conteúdo verificou-se que segundo os utentes os médicos que promove o medicamento genérico alegam aspetos como a mesma qualidade (100%), o menor preço (90%), os mesmos resultados (100%) e os mesmos efeitos secundários que os medicamentos de marca (72%).

Dos 300 utentes, 129 refere que nunca substituíram um medicamento na farmácia ou se o fizeram não de aperceberam. Contudo, 171 utentes (57%) referem que algumas das suas prescrições foram substituídos nas farmácias por vontade própria (17%) ou por sugestão do farmacêutico (40%). Contudo,

35% dos casos ocorreram por troca de medicamento de marca por genérico e 22% por troca de um genérico por outro. Relativamente à justificação dada pelo farmacêutico, com recurso à técnica da análise de conteúdo, resultaram duas categorias: informação relativa ao preço mais baixo (referido por 90 utentes); informação relativa a uma mais fácil deglutição (referido por 35 utentes) e nos casos de substituição por outro medicamento genérico, a categoria foi apenas uma e correspondeu ao facto do medicamento genérico prescrito não estar disponível (100% dos casos).

Com relação ao conceito de medicamento genérico, 45% dos entrevistados o definiram corretamente. Estes resultados são superiores aos registados num estudo realizado na Malásia por Thomas e Vitry¹⁹ em que apenas 32,5% afirmaram que conheciam o que eram os medicamentos genéricos e são inferiores aos obtidos por Babar et al²⁰ num estudo realizado em Auckland, no qual 51% dos inquiridos conheciam o termo e relativamente ao estudo realizado em Itália por Mattioli et al²¹ onde o conhecimento e utilização de genéricos em um total de 59% dos entrevistados.

No presente estudo, a maioria dos entrevistados (55%) tem dúvidas quanto à eficácia dos medicamentos genéricos. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Mattioli et al²¹, mas estão longe dos resultados observados no estudo de Thomas e Vitry¹⁹ no qual 79,1% dos entrevistados acreditava na eficácia dos medicamentos genéricos.

No presente estudo, 63% dos utentes obtiveram informações sobre os genéricos através dos seus médicos e apenas 13% pelos meios de comunicação social. Estes resultados são contrários aos obtidos por Himmel et al.²² num estudo realizado na Alemanha, no qual mais de 49,3% dos entrevistados consideraram os meios de comunicação (tv e internet) como principal fonte de informação e apenas 18% refere que são os médicos.

Os estudos realizados por Aggeliki et al.¹³ e por Labiris et al ²³, Garcia et al 24 e Vallès et al ²⁵, sugerem a informação transmitida pelos profissionais médicos como principal fator promotor da adesão dos utentes ao medicamento genérico. Um outro fator promotor segundo Vinicius et al ²³ é o preço principalmente em tempos de crise. Repare-se que de acordo com o estudo 95% dos utentes já tomaram MG e que a quota em Portugal (figura 1) começou a crescer em 2012 em plena crise económico-financeira. Como fatores limitativos que poderão limitar o aumento do mercado de genéricos é referido na literatura²⁷ a forte publicidade associada medicamentos de marca e o fato dos seus nomes comerciais estarem associados a determinadas patologias.

A troca em farmácia de medicamentos de marca por genéricos é referida por 35% dos entrevistados. Num estudo realizado em Espanha por Vallès et al.²⁵, verificou-se que 98,8% dos utentes aceitaram trocar os medicamentos de referência por genéricos após terem recebido informações sobre os genéricos. A comparação de resultados demonstra que esta é uma área que necessita de ser trabalhada junto dos utentes através do reforço de conhecimentos sobre o medicamento genérico no momento da opção no ato da dispensa.

O fato de os utentes referirem que existem substituições de medicamentos nas farmácias, nomeadamente nos casos em que se substitui um genérico por outro, poderá comprometer a regra definida na dispensa dos medicamentos, nomeadamente a exposta nos números 2 e 3, artigo 17º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho:

“2 - As farmácias devem ter disponíveis para venda, no mínimo, três medicamentos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem, de entre os que correspondam aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogêneo;

3 - As farmácias devem dispensar o medicamento de menor preço de entre os referidos no número anterior, salvo se for outra a opção do utente”.

Em relação a esta matéria, existe uma grande dificuldade em encontrar literatura (quer nacional ou mesmo internacional) que aborde casos de troca de medicamentos em farmácia. A única referência nacional significativa sobre o tema verificou-se num estudo promovido por Moutinho et al.²⁸ e publicado na Acta Médica Portuguesa, no qual os autores concluíram, num estudo de caso realizado na USF Santiago, ocorreu a substituição em farmácias de 31% dos medicamentos prescritos, sendo os medicamentos genéricos uma das prescrições mais substituídas. Os autores ainda referem que nestes casos o utente pagou, em média, mais 79% que o prescrito e o SNS 5%. Atualmente o desenvolvimento dos sistemas e tecnologias de informação associados ao processo prescrição eletrônica permitem um maior acompanhamento destes casos evitando custos acrescidos para o cidadão e SNS.

A principal limitação do estudo poderá estar relacionado com a dimensão da amostra. No entanto, consideramos comparando com outros estudos nacionais consideramos a dimensão da amostra significativa, notando-se alguma saturação das respostas relacionada com a pequena dimensão do país e pelo fato da maioria da população nacional ter características idênticas em termos socioeconómicos e demográficos.

Considerações Finais

O presente estudo foi realizado após a implementação de um vasto conjunto de medidas de promoção do medicamento genérico e da obrigatoriedade da prescrição por DCI que tiveram efeitos positivos registando-se à data do estudo uma quota de mercado em Portugal que ronda os 47,5%.

A população estudada demonstrou, de uma forma geral, que possui conhecimento/perceção positiva relativamente ao medicamento genérico, nomeadamente no que se refere ao conceito e ao custo, e demonstram uma elevada propensão à utilização dos mesmos. Contudo, os resultados do estudo demonstram também que é ainda necessário promover ações de esclarecimento adicionais junto dos utentes e junto dos profissionais para esclarecer e reforçar algumas das questões nomeadamente as relacionadas com a eficácia dos medicamentos genéricos quando comparada com a dos medicamentos de marca e assim promover o crescimento da prescrição e aceitação de medicamentos genéricos pelos profissionais médicos.

No entanto, há a registar que atualmente a decisão sobre o medicamento dispensado na grande maioria das vezes está do lado do utente e não do médico prescritor como ocorria outrora, devendo as farmácias dispensar o medicamento de menor preço, contribuindo assim para a redução dos custos imputado ao SNS. No entanto a substituição que ocorre em farmácias poderá resultar num efeito oposto.

Referências

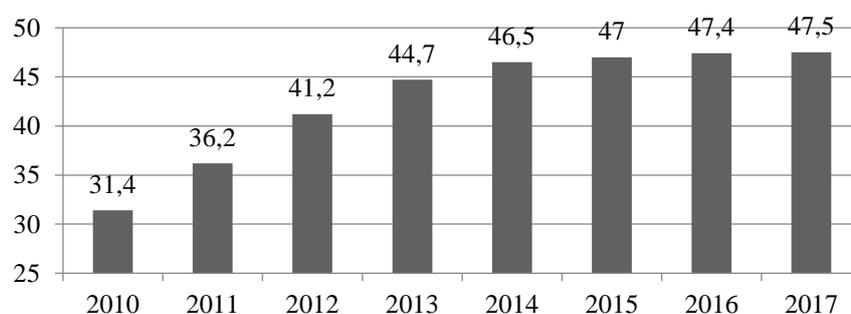
1. Alfonso-Cristancho R, Andia T, Barbosa T, Watanabe J. Definition and classification of generic drugs across the world. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2015;13(1):5-11.
2. Shah US. Regulatory strategies and lessons in the development of biosimilars. In: Wang W, Singh M editors. *Biological Drug Products: Development and Strategies*,. Nova Jersey: John Wiley & Sons; 2014. p. 367-410.
3. Nardi R, Masina M, Cioni G, Leandri P, Zuccheri P. Generic equivalent drugs use in internal and general medicine patients: distrust, confusion, lack of certainties or of knowledge? Part 2. Misconceptions, doubts and critical aspects when using generic drugs in the real world. *Ital J Med*. 2014;8(2):88–98.
4. Bate R, Jin GZ, Mathur A. Does price reveal poor-quality drugs? Evidence from 17 countries. *J Health Econ*. 2011;30(6):1150–63.
5. Nunes A, Ferreira D, Matos A, Julião R. The Portuguese generic medicines market: What's next?. *Health Policy*. 2020;124(4):397-403.
6. Decreto-Lei n.º 81/90. Regula a produção, autorização de introdução no mercado e distribuição de medicamentos genéricos. *Diário da República*. 1ª série – Nº 59 – 12 de março de 1990.

7. Decreto-Lei n.º 291/98. Altera o Decreto Lei 72/91, de 8 de Fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano. Diário da República. 1ª série – Nº 215– 17 de setembro de 1998
8. Portaria nº 137-A/2012. Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar aos utentes. Diário da República. 1ª série – Nº 92 – 11 de Maio de 2012.
9. Portugal. Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality. 2011 [consultado 2018 abril 20]. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou_portugal_en.pdf.
10. Lei n.º 11/2012. Estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos, alterando (sexta alteração) o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, aprovado pelo Decreto-Lei 176/2006, de 30 de agosto, e alterando (segunda alteração) a Lei 14/2000, de 8 de agosto, que aprova medidas para a racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1ª série – Nº 49– 08 de março de 2012.
11. World Health Organization. WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies. Pharmaceutical policy measures, implemented in response to the recession, in Europe 2012/2013. 2013 [consultado 2018 abril 20]. Disponível em: http://haieurope.org/wp-content/uploads/2014/02/Christine_Leopold-Pharmaceutical_policy_measures_implemented_in_response_to_the_recession_in_Europe_2012-2013.pdf
12. Simoens S. The Portuguese generic medicines market: a policy analysis. *Pharm Pract.* 2009;7:74-80.
13. Tsaprantzi A, Kostagiolas P, Charalampos P, Aggelidis V, Niakas D. The Impact of Information on Doctors' Attitudes Toward Generic Drugs. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.* 2015;53(1):1–8.
14. Government of UK, Department of Health. The proposals to implement Generic Substitution in primary care, further to the Pharmaceutical Price Regulation Scheme 2009. [consultado 2018 abril 21]. Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+tf_/http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH_110517
15. Flacco ME, Manzoli L, Boccia S, Puggina A, Rosso A, Marzuillo C, Scaioli G, Gualano MR, Ricciardi W, Villari P, Ioannidis J. Registered Randomized Trials Comparing Generic and Brand-Name Drugs: A Survey. *Mayo Clinic Proceedings.* 2016; 91(8):1021-1034.
16. Gagne J, Kesselheim A, Choudhry N, Polinski J, Hutchins D, Matlin O, Brennan T, Avorn J, Shrank W. Comparative effectiveness of generic versus brand-name antiepileptic medications. *Epilepsy & Behavior.* 2015;52(1):14-18.
17. Skipper N, Vejlin R. Determinants of generic vs. brand drug choice: Evidence from population-wide Danish data. *Social Science & Medicine.* 2015; 130(1):204-215.

18. Corrao G, Soranna D, Arfè A, Casula M, Tragni E, Merlino L, Mancía G, Catapano A. Are generic and brand-name statins clinically equivalent? Evidence from a real data-base. *European Journal of Internal Medicine*. 2014; 25(8):745-750.
19. Thomas R, Vitry A. Consumers perception of generic medicines in community pharmacies in Malaysia. *South Med Rev*. 2009;2(2):20-3.
20. Babar Z, Stewart J, Reddy S, Alzaher W, Vareed P, Yacoub N, et al. An evaluation of consumers' knowledge, perceptions and attitudes regarding generic medicines in Auckland. *Pharm World Sci*. 2010; 32:440-8.
21. Mattioli F, Siri G, Castelli F, Puntoni M, Zuccoli M, Stimamiglio A et al. Approval rating and opinion of outpatients and general practitioners toward generic drugs: a questionnaire-based real-world study. *Patient Preference & Adherence*. 2017;11(1):1423-1433.
22. Himmel W, Simmenroth-Nayda A, Niebling W, Ledig T, Jansen RD, Kochen MM, et al. What do primary care patients think about generic drugs? *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2005; 43:472-9.
23. Labiris G, Fanariotis M, Kastanioti C, et al. Greek physicians' perceptions on generic drugs in the era of austerity. *Scientifica*. 2015;2015:1-9.
24. García A, Martos F, Leiva F, Sánchez De La Cuesta F. Generic drugs: good or bad? Physician's knowledge of generic drugs and prescribing habits. *Gac Sanit*. 2003;17(2):144-9.
25. Vallès J, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Cucurrull E, et al. [Acceptance of generic prescribing in general practice: effect of patient education and reference prices]. *Gac Sanit*. 2002;16(6):505-10.
26. Vinicius L, Ferreira C, Pereira, R, Kudlawicz-Francoc C, Scalercioa P, Ramiresa Y, et al. Generic drugs in times of economic crisis: Are there changes in consumer purchase intention? *Journal of Retailing and Consumer Services*. 2017;37(1):1-7.
27. Loyola M. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Supl):763-78.
28. Moutinho A, Alexandra D, Rodrigues D. DCIsão: Estudo Analítico sobre a Substituição de Prescrições nas Farmácias. *Acta Med Port*. 2014; 27(1):92-98.

Anexos

Figura 1- Quota de mercado de genéricos (%) no mercado total



Fonte: Infarmed

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconómicas da amostra

	Amostra total	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Total	300	60	60	60	60	60
Idade (média)						
Média	54	52	55	50	56	55
Max	70	60	70	63	70	68
Min	30	30	35	30	32	32
Género						
Masculino	114 (38%)	25 (41,7%)	27 (45%)	24 (40%)	18 (30%)	20 (33,3%)
Feminino	186 (62%)	35 (58,3%)	33 (55%)	36 (60%)	42 (70%)	40 (66,7%)
Rendimento familiar líquido						
1 Salário mínimo (557€)	129 (43%)	22 (37%)	28 (47%)	26 (43%)	31 (52%)	22 (37%)
2 Salários mínimos	79 (26%)	16 (27%)	15 (25%)	14 (23%)	18 (30%)	16 (27%)
3 Salários mínimos	38 (13%)	9 (15%)	5 (8%)	8 (13%)	4 (7%)	12 (20%)
4 Salários mínimos	33 (11%)	8 (13%)	8 (13%)	7 (12%)	4 (7%)	6 (10%)
> 5 Salários mínimos	21 (7%)	5 (8%)	4 (7%)	5 (8%)	3 (5%)	4 (7%)
Educação						
≤ 4 anos	80 (27%)	12 (20%)	16 (27%)	14 (23%)	21 (35%)	17 (28%)
5 a 6 anos	11 (4%)	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	6 (10%)	3 (5%)
7 a 9 anos	10 (3%)	2 (3%)	1 (2%)	1 (2%)	4 (7%)	2 (3%)
10 a 12 anos	58 (19%)	11 (18%)	20 (33%)	10 (17%)	12 (20%)	5 (8%)
Bacharelato	33 (11%)	10 (17%)	5 (8%)	6 (10%)	6 (10%)	6 (10%)
Licenciatura	92 (31%)	22 (37%)	15 (25%)	25 (42%)	13 (22%)	17 (28%)
Mestrado	8 (3%)	3 (5%)	1 (2%)	4 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Doutoramento	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Elaboração própria

Como citar: Nunes AM. Medicamentos genéricos em Portugal: estudo de avaliação do conhecimento dos utentes. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p117-129

Recebido em: 26/10/20

Aprovado em: 10/09/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p131-144

Utilização de medicamentos genéricos em Portugal: conhecimento de doentes, médicos e farmacêuticos

Use of generic drugs in Portugal: perceptions and attitudes by patients, physicians
and pharmaceuticals

Alexandre Morais Nunes

Doutor em Administração da Saúde (Universidade de Lisboa | ISCSP).

Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa.

ORCID: 0000-0002-6808-7769

Resumo:

O medicamento genérico tem uma maior importância na promoção da sustentabilidade dos sistemas de saúde. O presente estudo pretende analisar o conhecimento relativo à dispensa de medicamento genérico e sua substituição na perspectiva do utente (consumidor), médico (prescritor) e farmacêuticos (agentes que dispensam e recomendam a substituição). Como método foram aplicados três questionários foram elaborados (um para utentes, outro para médicos e outro para farmacêuticos). Os resultados foram analisados por modelos de análise estatística realizadas com recurso ao SPSS versão 26.0. Assim se verificou que todos os 300 utentes entrevistados conheciam ou já tinham ouvido falar em medicamentos genéricos apresentando um entendimento correto associado ao seu nível de escolaridade e influenciado pelo médico e farmacêutico. Por seu lado, 85% médicos entrevistados confirmam que têm promovido o medicamento genérico juntos dos seus utentes e 90% dos farmacêuticos referiram que recomendam a substituição de medicamentos de marca por genéricos. Concluiu-se assim que embora a quota de medicamentos genéricos tenha crescido em período de austeridade, é ainda necessário divulgar mais a informação incentivando a opção e a adesão terapêutica dos utentes aos medicamentos genéricos.

Palavras-chave: Medicamento; genéricos; conhecimento.

Abstract:

The generic drugs is of greater importance in promoting the sustainability of health systems. The present study intends to identify the attitudes and perception regarding the dispensing of generic medication and its substitution from the perspective of the user (consumer), physician (prescribed) and pharmacists (agents who dispense and recommend substitution). As a method, three questionnaires were applied (one for users, another for doctors and another for pharmacists). The results were analyzed using statistical analysis models performed using SPSS version 26.0. Thus, it was found that all 300 users interviewed knew or had heard of generic drugs, presenting a correct understanding associated with their level of education and influenced by the doctor and pharmacist. In turn, 85% of doctors interviewed confirm that they have promoted the generic drug to their users and 90% of pharmacists said they recommend replacing branded drugs with generics. It was concluded that although the share of generic drugs has grown in a period of austerity, it is still necessary to disseminate more information encouraging the option and therapeutic adherence of users to generic drugs.

Keywords: medication; generics drugs; sustainability

Introdução

Os medicamentos genéricos são medicamento que têm a mesma substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e indicação terapêutica que o medicamento original de referência¹, que podem entrar no mercado após o vencimento das patentes e sempre desde que a bioequivalência para a molécula seja confirmada².

O recurso a medicamentos genéricos é internacionalmente aceite pela elevada evidência de qualidade e segurança para os utentes^{3,4}. Além dos resultados positivos de eficácia que estes medicamentos têm no utilizador, eles proporcionam ainda um conjunto de vantagens para os sistemas de saúde e economia das finanças públicas (no caso dos países com Estado Social) contribuindo, pelo seu reduzido custo para gerar poupanças para os utentes e Estado⁵.

O reduzido preço de comercialização quando comparado com os medicamentos de marca é um dos fatores destacados pela OMS⁶ que poderá contribuir para a sustentabilidade. Estas foram as conclusões de um estudo realizado pela OMS⁶ que ao comparar 17 países concluiu que a utilização de medicamentos genéricos (em substituição) de medicamentos de marca, permitiu uma redução de custo de aproximadamente de 60% para os utentes.

No caso Português os primeiros passos para a promoção do medicamento genérico foram dados em 1990 com a publicação do Estatuto do Medicamento⁷. Este documento regulamentou a produção e distribuição no mercado nacional território e apresentou claramente benefícios destes medicamentos e determinou que as prescrições fossem realizadas segundo a denominação comum internacional (DCI) das substâncias ativas. Contudo, a obrigatoriedade desta medida apenas surgiu no ano 2012 e por imposição do Memorando de Entendimento⁸ assinado entre Portugal, Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional e Banco Central Europeu em pleno período de crise económica motivado pelo crescimento explosivo da dívida soberana pública.

Porém, em Portugal, no ano 2010 antes do período de intervenção externa, a despesa corrente em saúde cresceu 1,6% face a 2000, atingindo os 17 534,7 milhões de euros, correspondendo a 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB) e a uma despesa *per capita* de 1 648,41 euros, com taxa de crescimento superior à do PIB. Nesta despesa global, a despesa total com produtos farmacêuticos representava 27,5% do total da despesa corrente em saúde¹⁰, uma das maiores participações na União Europeia.

Após a intervenção externa, em 2014 e 2015, à semelhança do que sucede desde 2010, a despesa corrente em saúde continuou a registar taxas de variação nominais inferiores às do PIB. Em 2014, este agregado registou uma taxa de crescimento nominal de 0,7%, tendo o PIB aumentado 1,9%. Para 2015

estima-se que a despesa corrente em saúde tenha aumentado 2,0% em valor, enquanto o PIB cresceu 3,4%, traduzindo um peso da despesa corrente no PIB de 8,9%, o mais baixo desde 2003¹⁰. Nesta despesa global, a despesa total com produtos farmacêuticos representava 23,% do total de despesas com saúde¹⁰.

Para a redução na despesa com o medicamento no âmbito do Programa de Austeridade (Portugal foi obrigado a reduzir despesas de saúde em 550 e 375 milhões de euros em 2012 e 2013), as medidas incidiram na promoção do medicamento genérico, onde se destacaram as seguintes:

- i) Definir o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do produto de marca com substância ativa semelhante.
- ii) Remover todas as barreiras efetivas à entrada de medicamentos genéricos, em particular reduzindo os obstáculos administrativos / jurídicos a fim de acelerar o reembolso do uso de genéricos e induzir médicos em todos os níveis do sistema, público e privado, a prescrever medicamentos genéricos e o produto de marca disponível menos caro
- iii) Induzir os médicos em todos os níveis do sistema, público e privado, a prescrever medicamentos genéricos e o produto de marca mais barato.
- iv) Tornar a prescrição eletrônica de medicamentos e diagnósticos cobertos por reembolso público totalmente obrigatória para médicos dos setores público e privado.
- v) Estabelecer regras claras para a prescrição de medicamentos (diretrizes de prescrição para médicos) com base nas diretrizes internacionais de prescrição.
- vi) Melhorar o sistema de monitoramento de prescrição de medicamentos e diagnóstico e implementar uma avaliação sistemática por médico individual em termos de volume e valor, em relação às diretrizes de prescrição e pares⁸.

Nas alterações legislativas ocorridas por imposição do memorando de entendimento, as farmácias, no ato da dispensa, ficaram obrigadas a informar o utente da existência de medicamentos genéricos com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, apresentação e dosagem e a terem disponível pelo menos três entre os cinco medicamentos de menor custo, passando o utente, com as devidas exceções, a exercer o seu direito de opção¹¹.

Como resultados observou-se um crescimento da quota de mercado e de valor do medicamento genérico que tem continuado a crescer desde o fim do período de austeridade até ao ano 2018 (cerca de 48%), muito aquém dos objetivos previstos no memorando de entendimento (60% em volume de mercado em ambulatório).

Vinte anos após a publicação do Estatuto do Medicamento (que previa a prescrição de medicamentos genéricos), a quota de mercado ambulatório em termos de volume era apenas de 31,3%.

Segundo Quintal e Mendes¹³ diversos fatores podem ter contribuído para este lento crescimento em 20 anos dada a complexidade do mercado farmacêutico e suas particularidades em Portugal, destacando um conjunto de fatores relacionados com a procura: i) percepção dos utentes (muitos utentes não tem conhecimento suficiente para fazer a sua escolha optando por medicamento de marca pensando que esses eram melhores); ii) opinião do médico (muitos médicos decidiam em nome do utente e optavam por prescrever medicamentos de marca); iii) questões de risco moral (utentes dispostos a adquirir medicamentos de marca (mais caros) pois na grande maioria dos casos em Portugal há uma elevada comparticipação); iv) questão comportamental (o utente tem expectativa que cada vez que visita o médico tem de trazer uma prescrição); v) aconselhamento nas farmácias (por vezes havia interesse em dispensar medicamentos mais caros mesmos existindo alternativas – margens da industria). Porém do lado da oferta apesar existe o peso a regulação do mercado que segundo os autores¹³ pode determinar: i)preços e lucro; ii) taxa de retorno; iii) reembolsos; iv) políticas de barreiras à entrada de novos genéricos¹³.

Embora permitida desde o ano 2000 (Lei n.º 14/2000, de 08 de agosto) a substituição de medicamentos de marca por genéricos na farmácia por opção do utente ficando farmacêuticos obrigados a informar pacientes sobre medicamentos alternativos são mais baratos. Contudo, ainda sob prévia autorização do médico prescritor, cuja autorização deixou de ser necessária no ano 2012 com a publicação da nova lei do medicamento (Lei nº 11/2012, de 8 de março) passando a ser unicamente por opção do utente, mantendo o farmacêutico um papel ativo e preponderante no aconselhamento.

Portanto, todas as reformas no setor do medicamento na verdade implementadas no ano 2011/2012 por imposição da troika que mexeram com a opção do doente, com os preços de referência e com a eliminação de barreiras à entrada de novos produtos tornou-se de alguma forma complexa não apenas pelas medidas em si, mas pelo facto de envolver vários agentes o que por si pode mesmo ser uma barreira e estar na origem do bloqueio a melhores resultados. Segundo a OMS⁶ a percepção sobre o conceito, eficácia e segurança dos medicamentos genéricos tanto de utentes como de profissionais é um fator base para a subutilização dos mesmos.

O presente artigo teve como objetivos: i) avaliar o grau de conhecimento dos utentes relativamente ao medicamento genérico e sua utilização; ii) analisar o conhecimento dos médicos relativos ao processo de prescrição;; iii) avaliar o conhecimento dos farmacêuticos relativamente ao processo de dispensa do medicamento genérico.

Materiais e Métodos

Para a colheita de dados do presente estudo foram aplicados três questionários a uma amostra intencional: i) a 250 utentes do serviço nacional de saúde (50 utentes por região de saúde); ii) a 100 médicos prescritores nos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (20 por região de saúde); iii) a 100 farmacêuticos e técnicos de farmácia que trabalham em farmácias comunitárias (20 por região de saúde).

Os questionários foram baseados nos estudos de em estudos Quintal e Mendes¹³ e de Chong et al.¹⁴, adaptados à realidade atual contexto português e ainda tendo sido introduzida como novidade o inquérito aos médicos:

- a) O questionário aplicado aos utentes foi constituído por duas partes: i) caracterização dos entrevistados (idade, gênero, nível de educação, rendimento familiar); ii) conhecimento de medicamentos genéricos e experiência com o processo de substituição (por recomendação do farmacêutico). Esta segunda parte incluiu uma lista de perguntas fechadas de resposta direta de forma a apurar: i) a percepção sobre o conceito de medicamento genérico (quanto à eficácia, equivalência e preço); o esclarecimento dado pelo médico relativamente à segurança e qualidade do medicamento genérico quando comparado com os de marca, incentivando ao seu uso e substituição; iii) a justificação dada para a substituição do medicamento prescrito na farmácia; iv) a aceitação da substituição por indicação do médico, do farmacêutico ou de ambos;
- b) O questionário aplicado aos médicos foi construído por base em duas partes; i) caracterização dos entrevistados (idade, género, anos de prática); ii) percepção sobre o conhecimento dos utentes; iii) concordância sobre a substituição em farmácia; atitudes e fatores que poderão promover a utilização de medicamentos genéricos. Na segunda parte pretendeu-se apurar na opinião dos médicos a literacia existente nos utentes e a necessidade de mais e melhor informação e ainda apurar a sua opinião e ações no momento da sua prescrição
- c) O questionário aplicado aos farmacêuticos/técnicos de farmácia consistia em duas partes: i) caracterização dos entrevistados (idade, gênero, categoria profissional); ii) percepção sobre o conhecimento dos utentes; iii) procedimento habitual no local de trabalho;

Os questionários foram aplicados entre os meses de janeiro a junho de 2018 na região de Lisboa e Vale do Tejo. Optou-se por excluir utentes, médicos e farmacêuticos com idade inferior a 30 anos pelo facto de se pretender uma amostra que tenha acompanhado a evolução do mercado de genéricos e excluíram-se os utentes cujas prescrições resultam de consultas não presenciais e relacionadas com medicação de uso prolongado. Todos os inquiridos aceitaram participar na entrevista

A caracterização de cada grupo de entrevistados foi realizada com recurso à seleção com uma (x) no campo pré construído e para as questões aplicadas com resposta direta (Sim | Não) (Tabela 1).

Resultados

A tabela 2 apresenta os dados referentes às principais características da população inquirida no presente estudo.

Do grupo dos utentes entrevistados, apenas 62,0% entendiam corretamente o conceito de medicamento genérico equiparando-os aos de marca relativamente à eficácia, segurança e qualidade (tabela 2). Em oposição a maioria dos médicos (57%) e dos farmacêuticos e técnicos de farmácia (61%) consideram que os utentes estão mal informados. 62% dos médicos referem que há margem para os utentes aceitarem bem a utilização de medicamentos genéricos enquanto que apenas 46% dos farmacêuticos entende que os utentes de bom grado aceitam a sua utilização.

Os médicos e farmacêuticos entrevistados foram convidados a dar um contributo com a sua percepção sobre o conhecimento dos utentes. 43% dos considera que os seus utentes de uma forma geral têm uma percepção correcta sobre o conceito de medicamento genérico, e 62% consideram que. Na perspectiva dos farmacêuticos e técnicos de farmácia, apenas 39% dos utentes têm uma informação correcta sobre o medicamento genérico. Contudo, 96% dos utentes reconhece que os medicamentos genéricos têm custos inferiores para si e para o Serviço Nacional de Saúde.

Quando questionados sobre as atitudes do seu médico, 78% dos inquiridos afirma que o seu médico de família promove o consumo de genéricos prescrevendo-os frequentemente. Contudo, destes apenas 59,2% refere que o seu médico demonstra abertura para esclarecer as questões/dúvidas dos utentes. Em oposição 96% dos médicos refere que promove o medicamento genérico explicando ao utente o conceito correcto e esclarecendo as suas dúvidas, sendo referido por 43% destes médicos que os seus utentes lhe pedem para prescrever o melhor medicamento genérico. Apenas 14% dos medicamentos admite em certos casos prescrever, ainda que excepcionalmente, medicamentos de marca mesmo existindo alternativa no grupo de genéricos.

Quando questionados sobre outras fontes de informação os utentes referem outros profissionais de saúde como farmacêuticos (61%) e enfermeiros (25%), campanhas publicitárias (10%).

Quando questionados sobre a aceitação da substituição de medicamentos de marca por um medicamento genérico apenas 64% dos utentes refere que aceita. No entanto, a aceitação sobe (72,4%) quando a substituição envolve um medicamento genérico por outro medicamento genérico. Contudo, 71% dos médicos e 74% dos farmacêuticos/técnicos de farmácia afirma que há mais renitência por parte da população mais idosa e 88% dos médicos e 84% dos farmacêuticos/técnicos de farmácia constata uma maior receptividade dos mais jovens.

No que respeita ao aconselhamento da substituição de um medicamento de marca por um genérico 61,6% dos utentes refere que o seu médico de família a recomenda, sendo em 95% dessas recomendações referido que o medicamento genérico ser equivalente ao de marca, sendo unicamente diferente o preço que é substancialmente mais baixo. Contudo, 26% dos utentes assume que quando o seu médico quando prescreve um medicamento de marca informa que esse não deve permitir a sua substituição usando como argumento o facto de que o medicamento de marca é melhor. 30% dos médicos admitem que nos casos em que prescreve medicamentos de marca se pudesse não autorizaria a substituição.

No caso das farmácias apenas 59,6% dos inquiridos refere que houve esse aconselhamento, sendo usado o mesmo argumento. Em oposição 89% dos farmacêuticos entrevistados refere que promove essa substituição. O aconselhamento para substituição de um medicamento genérico por um outro genérico nas farmácias é apenas referido por 129 utentes (51,6% o total de entrevistados). Destes, 18,6% alega que o argumento usado é o facto de ser mais barato; 9,3% o facto de alegadamente "ser um genérico melhor" e 72,1% justificam a substituição argumento o facto do medicamento prescrito não estar em stock. Em oposição 45% os farmacêuticos/técnicos de farmácia referem promover a substituição de medicamentos genéricos por outro de menor preço.

Discussão

A informação sobre o conceito de medicamento genérico ainda não é bem conhecida pelos utentes pois apenas 62% da amostra de utentes os definiu corretamente. A percepção dos médicos e farmacêuticos foi ao encontro desse resultado, verificando-se a necessidade de reforçar esse conhecimento. Contudo, esses resultados são superiores a outros estudos de avaliação, como são exemplo os trabalhos de Thomas e Vitry¹⁵ no qual 32,5% dos cidadãos da Malásia afirmaram que conheciam o que eram os medicamentos genéricos; por Babar et al¹⁶ num estudo realizado em Auckland, no qual 51% dos inquiridos conheciam o termo e também em um estudo realizado em Itália por Mattioli et al¹⁷ onde o conhecimento e utilização de genéricos ocorrem num total de 59% dos entrevistados.

Diferenças no conhecimento entre grupos (idade, região de residencia, grau de escolaridade), o que sugere uma associação positiva entre o conhecimento e o maior nível de educação e uma associação negativa nos casos da população mais idosa e residente em zonas mais rurais. Contudo esta última discrepância pode estar relacionada como facto de nas zonais mais interiores a população ter menor nível de escolaridade e literacia em saúde.

Quanto à divulgação e promoção do medicamento genérico no fundo esta é realizada por profissionais de saúde e uma pequena percentagem dos utentes (10%) refere meios como a publicidade. Este facto vem alertar para a falta de aposta em campanhas televisivas e outros meios de comunicação como a internet. Estes resultados são contrários aos obtidos por Himmel et al.¹⁸ num estudo realizado na Alemanha, no qual mais de 49,3% dos entrevistados consideraram os meios de comunicação (tv e internet) como principal fonte de informação e apenas 18% refere que são os médicos. Experiências deste nível foram já realizados em outros países da união europeia¹⁹ onde se concluiu que a internet é um dos melhores meios para passar essa informação. De acordo com os resultados deste estudo os utentes reconhecem a eficácia, segurança e qualidade associada ao menor custo dos medicamentos genéricos, pelo que seria interessante nas mensagens a transmitir por estes meios destacar mais estas duas componentes.

A aceitação da substituição é melhor ou pior sucedida tendo por base diferentes questões: por um lado conclui-se que os utentes mais velhos são mais renitentes quando comparado com os mais jovens o que vai ao encontro dos resultados do estudo realizado por Allenet e Barry²⁰ e ainda como refere a literatura pelo facto de os utentes relacionarem os preços mais baixos com qualidade inferior como foi concluído por Himmel et al.¹⁸. Ainda seguindo a literatura internacional o desenvolvimento económico é um fator importante que influencia a aceitabilidade da substituição de drogas^{21,22}. Como exemplo atente-se ao facto da quota em Portugal ter começado a crescer no ano 2012 em plena crise económico-financeira.

Os resultados obtidos demonstram que existe uma certa influência dos médicos e dos farmacêuticos/técnicos de farmácia na opção do utente em optar por medicamentos genéricos, o que vai ao encontro da literatura nacional numa análise realizada por Barros e Nunes²³ que destaca a confiança entre profissionais e utentes uma boa base para a expansão do mercado do medicamento de genéricos e literatura internacional com base nos estudos realizados por Aggeliki et al.²⁴ e por Labiris et al.²⁵, Garcia et al.²⁶ e Vallès et al.²⁷, que concluem que a informação transmitida pelos profissionais médicos como principal fator promotor da adesão dos utentes ao medicamento genérico.

Os resultados mostraram que os médicos ainda têm maior influência na aceitação dos pacientes. Por isso, as medidas de prescrição (como a obrigatoriedade da prescrição eletrónica), a limitação do preço máximo para o primeiro genérico introduzido no mercado como 60% da marca produto com substância activa semelhante, a facilitação de processos administrativos e legais que abrandavam a entrada no mercado de novos medicamentos genéricos, o cumprimento das best practices e o controlo/monitorização da prescrição por cada médico prescriptor implementadas pelo memorando de entendimento foram um grande contributo para a promoção do mercado de medicamentos genéricos

em Portugal. No entanto um dos grandes obstáculos foi durante muitos anos a influência da indústria que no mercado de genéricos não motiva da mesma forma como os apresentados por Teixeira²⁷ entre os quais se destaca o patrocínio de congressos e outras formações e ainda como descreve Loyola²⁸ a forte publicidade associada medicamentos de marca e o fato dos seus nomes comerciais estarem associados a determinadas patologias.

No presente estudo também se verificou que ao nível das farmácias poderia ser mais usual a prática de aconselhamento da substituição de um medicamento de marca por um genérico e ainda verificou-se não ser prática muito comum a substituição de um medicamento genérico por outro mais barato ocorreu apenas em 24 casos. As demais trocas foram baseadas em outros argumentos como a disponibilidade (93 casos) e o facto de serem melhores (12 casos). Estes resultados apontam para o facto de se ter ainda que rever uma forma mais adequada além do incentivo financeiro dado em 2017 para incentivar a dispensa do medicamento genérico mais barato. Num estudo realizado em Espanha por Vallès et al.²⁷, verificou-se que 98,8% dos utentes aceitaram trocar os medicamentos de marca por genéricos após terem recebido informações sobre os genéricos. A comparação de resultados demonstra que esta é uma área que necessita de ser trabalhada junto dos utentes através do reforço de conhecimentos sobre o medicamento genérico no momento da opção, isto é, no ato da dispensa.

As principais limitações deste estudo dizem respeito ao facto das entrevistas terem ocorrido em cidades, pelo que estudos de caso em zonas mais remotas onde não existem farmácias de proximidade poderiam influenciar negativamente os resultados, devido a um menor poder da marca junto dessa população mais envelhecida e reduzida.

Considerações finais

Os objetivos deste estudo foram avaliar o conhecimento dos pacientes em maior profundidade e saiba mais sobre genéricos medicamentos e sua subutilização, bem como identificar fatores que predizem experiência e vontade de aceitar substituição. É avaliada a atitude de médicos e farmacêuticos no processo de substituição quer pela percepção dos utentes quer pelo entendimento das ações dos mesmos no decurso da sua atividade.

Embora a participação de mercado de medicamentos genéricos tenha aumentado nos últimos 8 anos o volume total da quota de mercado ainda é bem baixo quando comparado com outros países. No mesmo tempo, descobrimos que a percentagem de pacientes dispostos aceitar substituição medicina genérica é realmente alta e que pacientes e farmacêuticos pensam que as principais razões sejam a subutilização de genéricos são a falta de prescrição, informação e confiança.

Com a nova política de saúde iniciada por imposição do memorando de entendimento assinado em pleno período de austeridade foi promovida a prescrição de medicamentos genéricos, facilitado o acesso com a prescrição eletrônica e a desburocratização dos processos de entrada de novos genéricos. No entanto cada vez mais o poder de escolha centra-se no utente no momento da dispensa e um facto importante que se retira do presente estudo é que a maioria da população reconhece o conceito correto de medicamento genérico e observa-se no geral um incentivo por parte dos médicos. Contudo aqui recai a importância do papel das farmácias que deverão estar mais atentas no seu papel de informar o utente aconselhando-o convenientemente.

As políticas futuras devem ser centradas em profissionais de saúde e num processo de divulgação que abranja também outros meios de comunicação como a televisão pública, campanhas publicitárias (em locais públicos) e internet (sites do governo) que ultrapassem outras particularidades e complexidades que caracterizaram durante muitos anos o mercado farmacêutico.

Referências

1. Alfonso-Cristancho R, Andia T, Barbosa T, Watanabe J. Definition and classification of generic drugs across the world. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2015;13(1):5-11.
2. Corrao G, Soranna D, Arfè A, Casula M, Tragni E, Merlino L, Mancina G, Catapano A. Are generic and brand-name statins clinically equivalent? Evidence from a real data-base. *European Journal of Internal Medicine*. 2014; 25(8):745-750.
3. Shah US. Regulatory strategies and lessons in the development of biosimilars. In: Wang W, Singh M editors. *Biological Drug Products: Development and Strategies*, Nova Jersey: John Wiley & Sons, 2014: 367-410.
4. Nardi R, Masina M, Cioni G, Leandri P, Zuccheri P. Generic equivalent drugs use in internal and general medicine patients: distrust, confusion, lack of certainties or of knowledge? Part 2. Misconceptions, doubts and critical aspects when using generic drugs in the real world. *Ital J Med*. 2014;8(2):88-98.
5. Bate R, Jin GZ, Mathur A. Does price reveal poor-quality drugs? Evidence from 17 countries. *J Health Econ*. 2011;30(6):1150-63.
6. World Health Organisation. *The World health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, 2010.
7. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto-Lei n.º 81/90. Regula a produção, autorização de introdução no mercado e distribuição de medicamentos genéricos. *Diário da República*. 1ª série – Nº 59 – 12 de março de 1990.
8. Portugal. Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality. 2011 [consultado 2019 abril 20]. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou_portugal_en.pdf.

9. INE. Statistics of Portugal. National Health Account 2000–2011(Portuguese).Lisbon, 2012. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=133582105&DESTAQUESmodo=2INE.
10. INE. Statistics of Portugal. National Health Account 2011–2015(Portuguese).Lisbon, 2016. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=249945526&DESTAQUESmodo=2
11. Barros P, Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*. 2012; 106 (1): 17-22.
12. Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS). Relatório de acesso aos cuidados de saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018
13. Quintal C, Mendes, Patricia. Underuse of generic medicines in Portugal: An empirical study on the perceptions and attitudes of patients and pharmacists. *Health Policy*. 2012; 104: 61– 68.
14. Chong C, March G, Clark A, Gilbert A, Hassali MA, Bahari MB. A nationwide study on generic medicines substitution practices of Australian community pharmacists and patient acceptance. *Health Policy*. 2011;99:139–48.
15. Thomas R, Vitry A. Consumers perception of generic medicines in community pharmacies in Malaysia. *South Med Rev*. 2009;2(2):20-3.
16. Babar Z, Stewart J, Reddy S, Alzاهر W, Vareed P, Yacoub N, et al. An evaluation of consumers' knowledge, perceptions and attitudes regarding generic medicines in Auckland. *Pharm World Sci* .2010; 32:440-8.
17. Mattioli F, Siri G, Castelli F, Puntoni M, Zuccoli M, Stimamiglio A et al. Approval rating and opinion of outpatients and general practitioners toward generic drugs: a questionnaire-based real-world study. *Patient Preference & Adherence*. 2017;11(1):1423-1433.
18. Himmel W, Simmenroth-Nayda A, Niebling W, Ledig T, Jansen RD, Kochen MM, et al. What do primary care patients think about generic drugs? *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2005;43:472–9.
19. Kanavos P, Vandonos S, Irwin R, Nicode E, Casson M, et al., Medical Technology Research Group. Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU. Brussels: Policy Department Economic and Scientific Policy – European Parliament, 2011.
20. Allenet B, Barry H. Opinion and behaviour of pharmacists towards the substitution of branded drugs by generic drugs: survey of 1000 French community pharmacists. *Pharmacy World & Science*. 2003;25:197–202.
21. Heikkilä R, Mäntyselkä P, Hartikainen-Herranen K, Ahonen R. Costumers' and physicians opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health Policy*. 2007;82:366–74.
22. Anderson K, Sonesson C, Petzold M, Carlsten A, Lonnroth K. What are the obstacles to generic substitution? An assessment of the behaviour of prescribers, patients and pharmacies during the first year of generic substitution in Sweden. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2005;14:341–8.

23. Barros P, Nunes L. 10 years of pharmaceutical policy in Portugal (Portuguese). Lisbon: Nova School of Business & Economics. 2011.
24. Tsaprantzi A, Kostagiolas P, Charalampos P, Aggelidis V, Niakas D. The Impact of Information on Doctors' Attitudes Toward Generic Drugs. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2015;53(1):1–8.
25. Labiris G, Fanariotis M, Kastanioti C, et al. Greek physicians' perceptions on generic drugs in the era of austerity. *Scientifica*. 2015;2015:1-9.
26. García A, Martos F, Leiva F, Sánchez De La Cuesta F. Generic drugs: good or bad? Physician's knowledge of generic drugs and prescribing habits. *Gac Sanit*. 2003;17(2):144-9.
27. Vallès J, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Cucurrull E, et al. [Acceptance of generic prescribing in general practice: effect of patient education and reference prices]. *Gac Sanit*. 2002;16(6):505-10.
28. Loyola M. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Supl):763

Tabela 1 – Questionário aplicado

Grupo alvo	Questões aplicadas
Utentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considera que medicamentos genéricos têm a mesma eficácia, segurança e qualidade sendo equivalentes aos medicamentos de marca? 2. Os medicamentos genéricos aportam menos custos para si? 3. O seu médico incentiva o uso de medicamentos genéricos? 4. O seu médico esclarece as suas dúvidas sobre medicamentos genéricos? 5. Aceita a substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico? 6. Aceita a substituição de um medicamento genérico prescrito por um outro mais barato? 7. O seu médico aconselha a substituição do medicamento de marca por um genérico? 8. O seu médico quando prescreve um medicamento de marca informa que esse não deve permitir a sua substituição? 9. Na farmácia é aconselhada a substituição dos medicamentos de marca por genéricos? 10. Na farmácia é aconselhada a substituição de medicamentos genéricos por um outro genérico mais barato? 11. Ao aconselhar a substituição os argumentos usados pelo médico baseiam-se no facto do medicamento genérico ser equivalente ao de marca, sendo unicamente diferente o preço que é substancialmente mais baixo? 12. Quando o médico prescreve medicamento de marca e não recomenda a sua substituição usa como argumento o facto de "ser melhor" que o genérico?

	<p>13. Ao aconselhar a substituição os argumentos usados na farmácia baseiam-se no facto do medicamento genérico ser equivalente ao de marca, sendo unicamente diferente o preço que é substancialmente mais baixo?</p> <p>14. Quando o farmacêutico troca um medicamento genérico por outro usa como argumento o facto de ser mais barato e equivalente?</p> <p>15. Quando o farmacêutico troca um medicamento genérico por outro usa como argumento o facto de "ser melhor"?</p>
Médicos	<p>1. Os utentes têm de forma global uma percepção correcta sobre o conceito de medicamento genérico?</p> <p>2. Os utentes na sua maioria aceitam a utilização dos medicamentos genéricos?</p> <p>3. Os utentes mais idosos são mais renitentes à substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico?</p> <p>4. Os utentes mais jovens são mais receptivos e aceitam a substituição?</p> <p>5. Os utentes pedem para prescrever o melhor medicamento genérico?</p> <p>6. Na sua atividade promove o medicamento genérico explicando ao utente o conceito correcto e esclarecendo as suas dúvidas?</p> <p>7. Prescreve excepcionalmente medicamentos de marca existindo alternativa (medicamento genérico)?</p> <p>8. Nos casos em que prescreve medicamentos de marca se pudesse não autorizaria a substituição?</p>
Farmacêuticos/ Técnicos de farmácia	<p>1. Os utentes têm de forma global uma percepção correcta sobre o conceito de medicamento genérico?</p> <p>2. Os utentes na sua maioria aceitam a utilização dos medicamentos genéricos?</p> <p>3. Os utentes mais idosos são mais renitentes à substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico?</p> <p>4. Os utentes mais jovens são mais receptivos e aceitam a substituição?</p> <p>5. Na sua atividade promove a substituição de medicamentos de marca por genéricos?</p> <p>6. Na sua atividade promove a substituição de medicamentos genéricos por outros genéricos de menor preço?</p>

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 - Caracterização da população entrevistada: utentes, médicos e farmacêuticos

	Patients		Physicians		Pharmacists	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
30-34	12	4,8%	11	11,0%	21	21,0%
35-39	16	6,4%	14	14,0%	38	38,0%
40-44	29	11,6%	22	22,0%	17	17,0%
45-49	17	6,8%	13	13,0%	7	7,0%
50-54	21	8,4%	27	27,0%	14	14,0%

55-59	74	29,6%	5	5,0%	3	3,0%
≥ 60	81	32,4%	8	8,0%	0	0,0%
Género						
Female	162	64,8%	46	46,0%	78	78,0%
Male	88	35,2%	54	54,0%	22	22,0%
Education level						
Elementary school	41	16,4%	0	0,0%	0	0,0%
Basic	63	25,2%	0	0,0%	0	0,0%
Secondary	44	17,6%	0	0,0%	56	56,0%
Licenciatura	66	26,4%	52	52,0%	33	33,0%
Mestrado	31	12,4%	42	42,0%	8	8,0%
Doutoramento	5	2,0%	6	6,0%	3	3,0%
Anos de serviço						
1-4	-	-	0	0,0%	19	19,0%
5-9	-	-	7	7,0%	33	33,0%
10-14	-	-	18	18,0%	15	15,0%
15-19	-	-	17	17,0%	9	9,0%
20-24	-	-	18	18,0%	11	11,0%
25-29	-	-	29	29,0%	6	6,0%
≥ 30	-	-	11	11,0%	7	7,0%

Como citar: Nunes AM. Utilização de medicamentos genéricos em Portugal: conhecimento de doentes, médicos e farmacêuticos. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p131-144

Recebido em: 28/10/20

Aprovado em: 10/09/21



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p145-160

O cuidado e a formação como lugar de invenção na atuação de terapeutas ocupacionais no NASF

Care and training as a place of invention in the work of occupational therapists at NASF

Antonio Rêgo da Silva Júnior

Terapeuta Ocupacional – Universidade de Brasília
Residente em Atenção Cardiopulmonar – Hospital Universitário de Brasília
E-mail: rony.elity@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5733-5600

Grasielle Silveira Tavares

Pós-Doutora em Terapia Ocupacional – USP
Docente do curso de Terapia Ocupacional - Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia.
E-mail: grasiellet@yahoo.com.br
ORCID: 0000-0003-4609-6792

Resumo:

Objetivos: Este relato de pesquisa visa discutir e analisar sobre a formação e o cuidado na prática de terapeutas ocupacionais no Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica, compreendendo o “cuidar” em suas diversas manifestações humanas, e a formação baseada no fazer criativo, na experiência dos processos organizacionais de trabalho, nas relações interpessoais e atos cuidadores. **Metodologia:** O procedimento metodológico consiste numa pesquisa qualitativa de caráter descritivo exploratória. O grupo participante do estudo foi composto de oito terapeutas ocupacionais atuantes no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Para a produção de dados utilizou-se o grupo focal, que consiste no debate racional entre pessoas de características em comum, cuja produção de dados objetiva a compreensão das percepções, atitudes, pontos de vistas, opiniões e as representações sociais advindas do grupo. Para a análise empregou-se o discurso do sujeito coletivo no qual se fundamenta na teoria da representação social objetivando a representação do pensamento coletivo esta metodologia estrutura-se em ancoragem, ideia central, expressões chaves e o discurso coletivo. **Conclusão:** A formação aconteceu no fazer cotidiano, entre dificuldades, desafios e sentimentos de querer produzir saúde e vida, transpondo o reducionismo dos currículos para um olhar em direção as singularidades, apartando-se da concepção biomédica mediante às tecnologias leves de cuidado. Dentro do cotidiano dos serviços de saúde, as profissionais foram criando linhas de fuga para interrogar o instituído, e estabelecer instituinte de novos sentidos e práticas de cuidado que ressignificaram o fazer humano, a saúde e o cotidiano dos sujeitos.

Palavras chaves: Terapia Ocupacional; Atenção primária à saúde; cuidado; formação profissional em saúde.

Abstract:

Objectives: This research report aims to discuss and analyze the training and care in the practice of occupational therapists at the Expanded Center for Family and Primary care, including "caring" in its various human manifestations, and training based on creative doing, on the experience of

organizational work processes, in interpersonal relationships and caregiving acts. **Methodology:** The methodological procedure consists of a qualitative research with an exploratory descriptive character. The sample consisted of eight occupational therapists working at the Extended Family Health Center and primary care. For the production of data, the focus group was used, which consists of a rational debate between people of common characteristics, whose production of data aims at understanding the perceptions, attitudes, points of view, opinions and social representations arising from the group. For the analysis, the discourse of the collective subject was used, which is based on the theory of social representation, aiming at the representation of collective thought, for which it is based on anchoring, central idea, key expressions and the collective discourse. **Conclusion:** The training took place in daily practice, amid difficulties, challenges and feelings of wanting to produce health and life, transposing the reductionism of the curricula to a look towards the singularities, departing from the biomedical conception through the light technologies of care. Within the routine of the health services, the professionals created lines of escape to interrogate the instituted, and to establish instituting new meanings and practices of care that re-signified the human doing, the health and the subjects' daily life

Key words: Occupational Therapy; Primary health care; care; Health Human Resource training.

Introdução

As repercussões de movimentos e lutas históricas influenciaram ativamente na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde – (SUS). As transformações ocorridas nas últimas décadas no cuidado em saúde no Brasil propuseram novas perspectivas de formação aos profissionais, perpassando desde reformulações nos currículos universitários à programas de educação continuada e educação permanente.

A Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora da rede de atenção apresenta demandas complexas que exigem pró-atividade e resolutividade dos profissionais, pois envolve uma grande complexidade assistencial, somando-se a isso, a proximidade que essa atenção estabelece com o viver cotidiano e as realidades locais.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), verifica-se a ampliação do cuidado à saúde por meio do SUS, sendo incentivada pela definição do financiamento específico por meio da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996¹. Para apoiar a ESF e buscar uma APS mais abrangente, uma das medidas adotadas foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria Nº 154 e agora denominado Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB)².

A inserção da Terapia Ocupacional na atenção primária aconteceu por intermédio da portaria nº 154 de janeiro de 2008, nas equipes de Consultório na Rua (CnR) – através da portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012³, e de Atendimento Domiciliar (AD)/Programa Melhor em Casa - Portaria nº 963, de 27

de maio de 2013, Brasil⁴. Desta forma, vêm crescendo e se desenvolvendo em serviços de ordem territorial e comunitária, contribuindo para ampliação do escopo das ações e para a integralidade do cuidado à saúde^{5,6}.

Em consonância a estas normatizações que estabelecem, preconizam e ressaltam a equipe interdisciplinar, incluindo o terapeuta ocupacional, a formação para atenção primária é escopo dos terapeutas ocupacionais desde a década de 70 e 80. Nessa perspectiva, a reforma do currículo mínimo em 1983 fomentou o maior desenvolvimento da Terapia Ocupacional com a atenção primária^{7,8}. Nesse âmbito, a publicação das diretrizes curriculares de Terapia Ocupacional em 2002 apontou para a necessidade de uma formação geral e específica de profissionais para serem aptos a trabalhar em diferentes contextos, segundo as realidades locais e em serviços de diferentes níveis de atenção, incluindo a APS, como possível cenário de formação, pesquisa e extensão para a área^{5,9}.

Diante disso, vêm ocorrendo transformações em relação à formação de terapeutas ocupacionais para APS, em virtude das orientações no campo da saúde como um todo, particularmente ditadas pelos princípios e diretrizes do SUS, pelas diretrizes curriculares, pelos Programas Pró-Saúde, PET-Saúde, Ver-SUS e pela estruturação de Residências Uni e Multiprofissionais em saúde.

Nas práticas de saúde percebe-se a potência da criação, do sentir e o significado, que reverbera nas intersubjetividades das ações. Desta forma, compartilha-se aqui a noção de “Cuidado” proposta pela ontologia existencial de Heidegger¹⁰ que se refere às relações dessa centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras. Também no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial¹¹.

Através da responsabilização para com o outro, capta-se as segmentariedades que atravessam os sujeitos nos atos em saúde, a responsabilização pressupõe imergir na cultura popular dos sujeitos, no qual práticas éticas e comprometidas atingem aspectos intangíveis, ou seja, dimensões não vistas a olho nu¹². Por intermédio destes movimentos que acontecem paulatinamente, presume-se o vínculo e a intersecção, a produção de saúde adquire significação ao ponto de impulsionar a constituição de novos territórios até então desconhecidos.

O trabalho no território requer dos profissionais da atenção primária olhar para a vivência relacionada a dimensão interacional de cuidado e de aprendizado proporcionado pelos encontros, focar a vida social que esta em cada um, o que a vida carrega de vulnerabilidade e sustentação e como

isso irá propiciar condições para que cada sujeito exerça sua cidadania, se aproprie da sua expressão individual e coletiva no mundo¹³.

Desta forma torna-se relevante experiências de cuidado, sensibilidade e presença que permitam atravessamentos que construam sentido e realidade ao interpessoal na formação dos profissionais. Problematizar os modos de viver e reinventar, produzir outros saberes que permitam entender o adoecimento como uma vivência no mundo que é significada e relacionada a uma história de vida, de modo que o cuidado em saúde acolha as singularidades dos usuários.

Ao longo de sua formação o profissional necessita estar aberto à experiência, permeável ao que vem de fora, o que também traz em seu bojo certa insegurança e vulnerabilidade, mas possibilita a construção de uma clínica que se faz política no encontro com vidas pulsantes nos territórios. Sendo assim, compreendemos a formação como algo processual e que deve ser sustentada pelo saber da experiência¹⁴. Por meio dessa experiência o terapeuta ocupacional em sua atuação no NASF-AB transita na imersão dialética entre sujeitos e coletivos, o terapêutico e o pedagógico, com finalidade de acolher a complexidade dos atravessamentos institucionais, com vistas à construção de espaços cogestivos e democráticos frente aos desafios que se colocam na prática cotidiana.

Neste estudo foi feito o convite a terapeutas ocupacionais atuantes no NASF-AB do Distrito Federal para compartilhamento de suas histórias de atuação por meio da partilha das diversificadas formas de lidar com questões assistenciais-comunitárias e na construção identitária das práticas, tendo este estudo a intenção de conhecer aspectos da realidade ao invés de procurar entendê-la ou interpretá-la¹⁵.

Apontamentos sobre a APS no DF

O sistema de saúde do Distrito Federal, com características semelhantes às das grandes metrópoles, constitui um importante exemplo para a análise das repercussões de tais iniciativas sobre a reorganização da Atenção Primária à Saúde. Situado na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), delimitado pelos municípios dos estados de Goiás e de Minas Gerais e inaugurado em 1960, o Distrito Federal possuía, em 2005, uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2,4 milhões de habitantes¹⁶. Em relação à Atenção Primária à Saúde, há extensa rede física regionalizada, em média uma unidade básica de saúde para cada 25 mil habitantes¹⁶.

O Distrito Federal contrastando das demais cidades brasileiras, mesmo depois de quase duas décadas de lançamento do programa saúde da família, especificamente no ano de 2016, apresentava a taxa de 28.17% de cobertura da atenção primária, predominava nesse período o chamado modelo tradicional, no qual a atenção circundava em torno de profissionais médicos especialistas (clínica

médica, obstetrícia, pediatria e ginecologia)¹⁷. A co-existência e predomínio na atenção primária do modelo tradicional e o quantitativo pouco significativo da estratégia da saúde da família implicavam em ações medico-centradas, fragmentadas e pontuais na atenção à saúde.

A emergência de reorganização do Sistema de Saúde candango era necessária, em meados de 2016 medidas de estruturação foram implementadas visando a implantação de um novo modelo de atenção à saúde alicerçado na estratégia da saúde da família e por conseguinte no cuidado numa perspectiva territorial, portanto, estas transformações no modelo de atenção ficou conhecida como a reforma do setor saúde no Distrito Federal¹⁸. As medidas tomadas criaram regiões de saúde no Distrito Federal, criando 7 regiões que abrangiam todas as cidades administrativas, desconstruindo a centralidade das decisões e descentralizando-as com a finalidade de que cada região realizasse o planejamento em saúde e organização da rede conforme as especificidades do território¹⁷.

Dentre outras medidas implementadas houve a convocação de concurso público para especialistas em medicina da família, capacitação dos médicos remanescentes e interessados na especialização em medicina de família mediante a Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde vinculada a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Os médicos que não estivessem interessados em permanecer na atenção primária foram realocados para outros níveis de complexidade¹⁷. A secretária de saúde do Distrito Federal criou o cargo de Enfermeiro de Família e comunidade com o objetivo de atrair profissionais com perfil da atenção primária, ademais, devido a insegurança jurídica da lei distrital de 2013 que transpôs o Agente Comunitário em Saúde (ACS) contratado à servidor público sem concurso público, o número de ACS se manteve inalterado, acarretando prejuízos na produção de cuidado¹⁷.

Desta forma, a cobertura da saúde da família no ano de 2018 aumentou a população adscrita, passando de 1.038.750 para 2.058.750 habitantes após um ano de conversão, a cobertura no Distrito Federal melhorou substancialmente e alcançou os 69,1%, contando as equipes sem ACS¹⁷. Além dessas mudanças na Estratégia da Saúde da Família, a constituição de equipes NASF-AB no mesmo período referido acompanhou a elevação do número de equipes, surgindo equipes matriciadoras em todas as regiões de saúde do DF.

O relato desta pesquisa visa discutir e analisar sobre a formação e o cuidado na prática de terapeutas ocupacionais no NASF-AB, compreendendo o “cuidar” em suas diversas manifestações humanas, e a formação baseada no fazer criativo, na experiência dos processos organizacionais de trabalho e nas relações interpessoais e cuidadoras.

Metodologia

Utiliza-se na metodologia deste estudo a pesquisa do tipo qualitativa, sendo de caráter descritivo – exploratória. Segundo Minayo¹⁹

A pesquisa qualitativa trabalha com universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Portanto, a pesquisa qualitativa está imbricada nas relações sociais, nos processos e nos fenômenos não mensuráveis, no qual o pesquisador analisa o acontecimento a partir da perspectiva e no contexto de vida das pessoas, objetivando a leitura, a interpretação e a densa reflexão sobre as representações do fenômeno estudado¹⁹.

As pesquisas de caráter descritivo têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população, de grupos ou fenômenos sociais, como também realiza o levantamento de atitudes, crenças e opiniões²⁰. Segundo o mesmo autor, as pesquisas exploratórias visam o desenvolvimento e esclarecimento de ideias e conceitos, visando a formulação de hipóteses diante de um tema pouco explorado e conhecido.

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram oito terapeutas ocupacionais. Cabe destacar que no período de realização da pesquisa, o número de terapeutas ocupacionais na atenção primária era de dez profissionais, mas diante da indisponibilidade de horário duas profissionais não participaram do estudo. A representatividade do grupo estudado contempla profissionais oriundas de distintas regiões administrativas do Distrito Federal, cada localidade apresenta especificidades em relação aos aspectos socioeconômicos, culturais, emprego e renda, dentre outros fatores condicionantes da saúde. Neste sentido, profissionais atuantes em territórios diferentes oportunizaram um debate profícuo que girava em torno de temas provocativos no qual engendrava nas terapeutas ocupacionais pensamentos distintos ou pontos de convergência.

Participaram da pesquisa terapeutas ocupacionais vinculadas aos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica do Distrito Federal.

A participação das profissionais aconteceu mediante a disponibilidade das terapeutas ocupacionais, bem como o interesse em aceitar a compor o grupo focal. Defronte ao quantitativo pequeno de profissionais atuante na atenção primária à saúde, a seleção das participantes consistiu no contato dos pesquisadores com as terapeutas ocupacionais, sendo feito o convite, e as que aceitaram automaticamente estavam inclusas na pesquisa.

Os critérios de inclusão no grupo estudado: ser bacharel em Terapia Ocupacional; profissionais que trabalham e compõe o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e

terapeutas ocupacionais atuantes na gestão de unidades básicas de saúde. Critério de exclusão: Profissionais que não poderiam participar integralmente das discussões do grupo focal, e aquelas sem disponibilidade em participar das datas e horário previamente marcado para a realização do grupo.

Inicialmente os pesquisadores aplicaram um questionário contendo perguntas referentes a formação das profissionais (tempo de formação, curso de especializações e universidade de origem) e dos serviços de saúde que estavam alocadas (quanto tempo atuava na atenção primária, locação e cargo ocupado – gestão ou assistência), o objetivo das informações é a descrição do perfil das terapeutas ocupacional na atenção primária à saúde. Posteriormente, a produção de dados prossegue através do grupo focal, que consiste na discussão de um tema de interesse do pesquisador, na qual a interação entre as pessoas de características em comuns propicia o debate racional, cuja produção de dados objetiva a compreensão das percepções, atitudes, pontos de vistas, opiniões e as representações sociais advindas do grupo²¹.

Conforme os autores supracitados, o grupo focal caracteriza-se no agrupamento de pessoas entre seis à dez participantes, cujo debate potencializa as profissionais a assimilação de conteúdos, uma reflexão acerca das ideias expostas no grupo, a elaboração de pensamentos e a explicitação e verbalização de pensamentos, sentimentos, inquietações e perspectivas²¹.

Foram realizados dois encontros nos meses de abril e maio de 2017 respectivamente, com tempo aproximado de uma hora e meia cada encontro. Os temas geradores estavam alinhados aos objetivos do estudo e nortearam a discussão, favorecendo às profissionais discorrer detalhadamente sobre a temática.

Para a análise de dados empregou-se o DSC (Discurso do Sujeito Coletivo), sendo este uma metodologia de caráter qualitativo que se estrutura em ancoragem, ideia central, expressões chaves e o discurso coletivo, se fundamenta na teoria da representação social objetivando a representação do pensamento coletivo, podendo os discursos serem convergentes e/ou divergentes²².

Esta perspectiva de análise de dados propicia o agrupamento de discursos de sentidos similares no que concerne as crenças, valores, opiniões, posicionamentos, visões de mundo, percepções e interpretações. O discurso do sujeito coletivo é redigido na primeira pessoa do singular e seu objetivo busca a representatividade da coletividade, ou seja, significa na construção de apenas um discurso que contemplasse a expressão do grupo estudado²². A partir dessa sistemática utilizada na formação do discurso, o pesquisador consegue observar de forma mais criteriosa, bem como analisar os fenômenos sociais emergentes, presentes e emantes do grupo social.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília- UnB/ Faculdade de Ceilândia, sob o número parecer 2.109.808 e atendeu todos os preceitos éticos da pesquisa

científica conforme a Resolução CNS 466/2012.

Resultados

A aplicação do questionário trouxe a preponderância do sexo feminino no grupo investigado, corroborando a composição histórica da Terapia Ocupacional que são de mulheres, a faixa etária das participantes variaram de 27 – 58 anos. No estudo identificou-se que duas terapeutas ocupacionais são egressas há três anos da universidade, e as outras profissionais possuem mais de dez anos de formadas, destas, duas profissionais possuíam mais de 20 anos de formação, e as demais possuíam 10, 11, 13 e 15 anos sucessivamente.

No que concerne as instituições de ensino superior de origem das terapeutas ocupacionais, percebe-se que: 2 profissionais graduaram-se na Universidade de Brasília - DF; 2 profissionais da UNCISAL – AL; uma profissional da UFMG; uma profissional da Universidade de Uberaba; uma profissional da ERRJ (Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro); e uma profissional da UFSCar.

Em relação às profissionais que possuem pós-graduações lato sensu e/ou stricto sensu, identificou-se que: uma terapeuta ocupacional possui mestrado em gerontologia e especialização em Terapia Ocupacional em reabilitação; duas estão cursando residência em saúde coletiva; duas terapeutas ocupacionais possuem especialização em saúde mental; uma terapeuta ocupacional possui especialização em metodologia da pesquisa e gestão da clínica; uma terapeuta ocupacional não possui especialização; uma terapeuta ocupacional não informou se possui ou não pós-graduação.

Consideramos nesta pesquisa duas terapeutas ocupacionais residentes em saúde coletiva, existem diferenças em relação ao regime de contratação das profissionais, enquanto a maioria são regime estatutário, as residentes apresentam tempo pré-determinado de permanência no serviço. Porém, independentemente do regime de contratação ou tempo de experiência, cada profissional reage as situações de maneira específica e singular no cotidiano de produção de cuidados e trabalho em saúde na atenção primária, provendo contribuições significativas no discurso do sujeito coletivo.

Concernente ao tempo de trabalho das terapeutas ocupacionais no NASF-AB: duas terapeutas ocupacionais estão oito anos no NASF-AB; uma terapeuta ocupacional está no NASF-AB há seis anos; uma terapeuta ocupacional está há três anos e seis meses no NASF-AB; uma terapeuta ocupacional está na gestão há três anos; uma terapeuta ocupacional esteve na gestão por cinco anos, e está há um ano no NASF-AB; duas terapeutas ocupacionais estão há um ano no NASF-AB.

Os autores transcreveram e leram exaustivamente a discussão e debate das terapeutas ocupacionais acerca dos temas propostos. Após esta etapa, houve a divisão dos resultados em dois

grandes eixos de discursos coletivos: 1-“Formação e reinvenção nas práticas assistenciais” e 2- “Cuidado e a produção de vida no território”

O discurso do sujeito a seguir representa o eixo 1, onde as terapeutas ocupacionais criticamente debatem e analisam as reverberações da formação acadêmica e formação profissional para o trabalho na atenção primária, fazendo uma retrospectiva no pensamento acerca do processo formativo inicial, refletindo as práticas cotidianas através das lentes da realidade social e identificando as transformações ocorridas ao decorrer do tempo.

“Formação e reinvenção nas práticas assistenciais”

Discurso Coletivo 01

Eu formei num modelo hospitalocêntrico, que iria para o ambulatório e o hospital, esse era o máximo que tinha de relação em equipe, mas cada um dentro de suas caixinhas, vocês estão tendo a oportunidade de terem disciplinas de atenção básica, mas mais do que isso, vocês estão no campo da vida como ela é, com os problemas que a gente tem, possuindo um olhar crítico para identificar quais são as habilidades necessárias para que o terapeuta ocupacional esteja no Nasf. Eu não tive isso na minha formação, eu tive afinidade com a temática, fui desenvolvendo e a vida foi colocando isso.

Discurso Coletivo 02

Tem que ter perfil para trabalhar no Nasf, devo saber de tudo um pouco para não engessar, uma formação generalista facilita na transição nos ciclos da vida, assim, devo estar preparada para as demandas apresentadas no território, de acordo com que a área tá demandando. Não adianta eu ser simplesmente uma terapeuta ocupacional da reabilitação física porque nessa lógica não se enquadra na dinamicidade do Nasf, preciso de uma certa flexibilidade pra trabalhar em equipe, preciso obrigatoriamente estar me relacionando com os sujeitos no território, preciso fazer mais articulações intersetoriais.

O próximo discurso do sujeito coletivo representa o eixo 2 e as terapeutas ocupacionais pensaram de forma crítica – reflexiva as práticas de cuidado realizadas na atenção primária, analisando os poderes e forças tensionadoras que disputam a hegemonia das relações humanas, e salientando e apostando nas tecnologias leves de cuidado com objetivo de produção de vida nas subjetividades.

“Cuidado e a produção de vida no território”

Discurso Coletivo 03

“A equipe demandou apoio da gente para pensar num grupo, mas queríamos sem a formatação de uma cronicidade específica, um grupo aberto, que falasse sobre saúde, sobre vida, o nome do grupo era arte de viver. Propomos reuniões na sala de espera para elencar demandas a partir da comunidade, para saber como iria ser o grupo a ser construído. Íamos na comunidade e perguntávamos, quer falar de que? se sente angustiado? Pensaram no café com histórias para

pensar a história do centro de saúde junto à comunidade”.

Discussão

O estudo de conteúdos teóricos relativos à clínica, gestão, políticas públicas e conceitos que sustentam o cotidiano das ações é fundamental para que a prática terapêutica ocupacional possa incluir os porquês, para quês e para quem se desenvolvem ações.

O processo de formação dos profissionais de saúde configura-se complexo de frente a multiplicidade da realidade, a envergadura da temática se estende desde as instituições de ensino superior aos centros de educação permanente em saúde. A formação em saúde caracteriza-se segmentarizada por linhas de forças distintas, mas que historicamente privilegia a concepção positivista-racionalista-científico em contraposição aos demais saberes imprescindíveis no cuidado em saúde²³.

Os autores citados no parágrafo anterior corroboram com os achados do discurso do sujeito coletivo encontrado nesta pesquisa, onde as terapeutas ocupacionais obtiveram uma formação voltada para a doença, a sintomatologia do corpo, a biomecânica, e estando distante da visão holística dos sujeitos enquanto cidadãos que representam sua cultura e se constroem nela. O contexto de formação das terapeutas ocupacionais está diretamente relacionado a medicalização da vida, medicalização no sentido de vislumbrar o adoecimento, e a disfunção ocupacional e funcional como medicalização da existência, ou seja, apenas formas excludentes de tratar e cuidar das patologias²⁴.

O cuidar restrito a formas excludentes na saúde pressupõe a despotencialização da vida, e a construção da biopolítica deletéria que norteia os estilos e modos de andar a vida dos usuários, deslegitimando os saberes e idiosincrasias dos sujeitos e coletivos adscritos na atenção primária²⁵. Salienta-se a força invisível que o positivismo exerce nas práticas em saúde, provocando capturas sistemáticas que impedem os profissionais de agirem para transformar vidas, entretanto apesar das forças hegemônicas, notou-se que as linhas de fuga no campo da micropolítica realizada pelas profissionais engendram movimentos moleculares que tensionam a ordem vigente (flexneriana)²⁵.

Embora a formação das terapeutas ocupacionais estivesse capturada pelas forças hegemônicas, percebe-se a predisposição das profissionais em analisar criticamente a problemática a partir da experiência, através das lentes cotidianas da realidade as profissionais avaliam o processo formativo como reducionista, incumbindo-as outra postura diante do trabalho na atenção primária. A formação das terapeutas ocupacionais ocorreu no fazer do trabalho cotidiano, sob perspectiva de experimentar, aprender e ensinar na turbulência profissional, o que proporcionou outra dimensão a despeito da atenção primária, sendo possível notar que a entrega às experiências vividas no território contribuiu

para que elas se apropriassem de novas linguagens que extravasem o âmbito saúde-doença e que foram capaz de produzir uma transformação no lugar social, na construção de novas percepções para conceber o cuidado e a criação de novos mundos.

A implicação das terapeutas ocupacionais diante do trabalho na atenção primária pressupõe experienciar aquela realidade com um “olhar” crítico, somente a experiência possibilita provocar abalos nos sentidos ao ponto de emergir novas significações em relação aos processos de trabalho da organização e atos de cuidar²⁶. A interlocução com diversos territórios na formação viabiliza conexões e transitar para além das fronteiras disciplinares, ou seja, a constituição de uma caixa de ferramenta que transcenda aos conhecimentos técnicos-científicos, estando abertas aos processos de subjetivação que agencia nas práticas de cuidado em saúde²⁷.

Desta forma, a transição nos diferentes territórios da vida possibilitou a constituição da caixa de ferramentas e a amplificação de repertório das profissionais através da experiência sentida e incorporada, e não simplesmente vivenciada. A superação das dificuldades da formação pressupõe uma experiência potencializadora que toca e acontece na prática cotidiana, o fazer diferente não se restringe ao acúmulo de conhecimento técnico-científico, mas a possibilidade das profissionais estarem essencialmente abertas, receptivas e disponíveis ao desconhecido quando iniciaram seu trabalho no NASF-AB¹⁴.

Outro aspecto a ser salientado no pressuposto deste discurso das terapeutas ocupacionais, são as duas residentes participantes da pesquisa, que diferentemente das profissionais estatutárias do serviço, obtiveram uma formação a priori voltada ao Sistema Único de Saúde. Isto significa e pode-se presumir a força de transformação que o programa de residência promove no serviço de saúde, pois propicia um (re) pensar acerca das práticas, formas de agir nas relações de trabalho e para com o território, além de provocar fissuras no instituído, ou seja, instituinte novas perspectivas e olhares lançados sobre o perfil e atuação do terapeuta ocupacional na atenção primária¹².

Percebe-se, portanto, o encontro entre pessoas em processo de formação vinculadas a academia, as profissionais do serviço que vivenciam a unidade de saúde e gestores em saúde no cotidiano, ou seja, uma tríade potente que se retroalimenta favorecendo o aprendizado, o ensino e a reflexão. A residência multiprofissional possibilita abalos nas interioridades, impulsionando uma desorganização para a reorganização, esta tríade dinâmica abre-se a múltiplas combinações de conexões e fluxos que desterritorializa e territorializa com repertórios e perspectivas pautadas no SUS²⁵.

Em relação ao eixo discursivo 2, nota-se no cuidado prestado pelas terapeutas ocupacionais, ações transformadoras da realidade quando trazem a reflexão sobre as necessidades da população serem manifestadas pelos sujeitos, dando voz à comunidade. Notou-se que as profissionais realizaram

uma travessia complexa e perigosa, tomada de obstáculos e sofrimento, mas colocando paixão e deixando-se interpelar pelo processo de cuidado¹⁴. O transcurso do percurso das profissionais propicia medo diante do desconhecido, que pode resultar em dois caminhos distintos: o primeiro de desistir, entristecer e adoecer, e o segundo as profissionais são apoderadas pela experiência por causa da receptividade, provocando fissuras e subjetivações, apesar dos desafios da trajetória (decepções e conquistas).

Notou-se que a experiência passou, atravessou, tocou e aconteceu nas profissionais, de modo a transformá-las, metamorfoseando, se moldando na criação de um território de passagem até o novo. Destaca-se a experiência e o sentir o aqui e agora em contraposição ao sujeito da informação ou sociedade da informação, a informação e a opinião não traduz o conhecimento a despeito da realidade e territórios dos usuários adscritos, a experiência pressupõe desterritorializações constantes e significa na imersão nas subjetividades¹⁴.

Conforme explicitado a experiência caracteriza-se um movimento dialético, cujo prazer e dor estão presentes, entretanto, a postura das profissionais determina a forma de lidar com as contradições, elementos como a abertura e receptividade favorece desterritorializações capazes de engendram a práxis no cuidado em saúde. O trabalho em saúde desenvolvido pressupõe-se essencialmente relacional, a afirmativa das terapeutas ocupacionais converge com o imperativo ético político de defesa incondicional da vida, dando destaque a atenção à saúde centrada nos usuários e não na doença²⁵.

As profissionais dão espaço a um agir criativo e como artesãs na produção do cuidado, elas acessam por meio das atividades humanas os territórios existenciais dos usuários, visando ressignificar as atividades do cotidiano defronte o adoecimento ou até mesmo a morte¹¹. A micropolítica em voga nas relações indica o movimento em direção a alteridade, constituir a arte de viver como proposta desvelam o enaltecimento e valoração dos detalhes que fazem parte das histórias de cada sujeito e comunidade.

A invenção de práticas no cuidado pressupõe a interação entre as pessoas naqueles territórios, os sentidos dos dispositivos nos territórios adscritos agenciam a subjetividade dos usuários, a proposição do grupo de aprofundar na história da comunidade se revela potente em provocar o repensar à saúde, e principalmente os modos de andar na vida. A micropolítica está imbricada a identidade de cada pessoa, o ato de viver dos sujeitos revelam movimentos de ordens distintas no mundo, a expressão dos sujeitos decorre dos projetos de vida, das marcas no seu fazer humano, das relações familiares, societárias, econômicas e histórias para com sua comunidade¹¹.

Como cartografar os fluxos transversais que atingem todos os agentes? Sejam institucionais, comunitários ou sociais? A construção de sentidos nas práticas da Terapia Ocupacional ocorre na

intencionalidade em fazer algo, ou não fazer nada, os sentidos e conseqüentemente as significações constitui-se nas intersubjetividades, desta forma apreendendo as forças invisíveis com a finalidade de compreendê-la²⁷.

O terapeuta ocupacional pode contribuir nas ações comunitárias, quando se debruça sobre o fazer humano, como uma expressão da construção do cotidiano e vida. Esse fazer tem um caráter articulador entre o individual, o coletivo e a sociedade numa incansável possibilidade de promover inserção, participação e circulação social atrelada ao cuidado em saúde e à construção de direitos afetivos, relacionais, materiais, habitacionais, produtivos e culturais⁵.

O aspecto nefrágico das ações de cuidado das terapeutas ocupacionais apresentado no discurso do sujeito coletivo foi realçar os desejos, as pulsões e as vontades dos usuários, pois o fazer interroga o instituído e estabelece o instituinte novos sentidos, ou seja, as terapeutas ocupacionais ressignificaram o contexto, o fazer e a saúde, visando organizar o cotidiano²⁵.

Notou-se que as linhas de fuga das terapeutas ocupacionais se adentraram na experiência dos sujeitos e suas relações com o cotidiano do território, mergulhando-se em um campo de intensidades que extrapola a condição biológica, percebe-se o engajamento dentro da dimensão sociocultural e subjetivo dos usuários. No ato intercessor em saúde a provocação da desterritorialização engendra uma manifestação da interioridade no expressar e agir, portanto, ser no mundo e estar no mundo²⁷.

A mudança paradigmática e o fortalecimento da vida em detrimento das doenças ou condições sintomatológicas acontecem na micropolítica, a organização da atenção à saúde e a prestação da assistência integral pressupõe em investimentos que os profissionais realizam objetivando promover melhor qualidade de vida. A perspectiva das terapeutas ocupacionais configura-se disruptivas, emancipatórias, disparadoras e agenciadoras, a produção das profissionais guia-se pelas intensidades dos corpos vibráteis, contrapondo-se ao modelo flexneriano, bem como propiciando um cuidado libertário, inovador e reflexivo²⁷.

Neste contexto, consideramos as ações desenvolvidas nos territórios junto às comunidades como alternativas possíveis ao campo no combate e resistência às desigualdades sociais. Além da promoção de intervenções nos espaços do cotidiano dos grupos com os quais intervém, a atuação no território e na comunidade retrata uma estratégia de ação ao preconizar o desenvolvimento de atividades próximas ao seu público-alvo, seja fisicamente – no sentido geográfico – ou próximas de seu contexto – ao considerar os aspectos sociais, históricos, econômicos, políticos e culturais existentes no lugar²⁸.

Nesse sentido, uma das funções do profissional ressaltada neste estudo se configura na possibilidade de intervir nos processos de formação de uma consciência crítica do lugar social ocupado

pelos sujeitos assistidos e na construção de uma concepção de mundo coerente ao modo de vida dos grupos com os quais se intervém²⁹.

Conclusão

A discussão promovida no transcurso deste texto se ancorou em referenciais da filosofia e sociologia, apresentando uma escrita crítica-reflexiva da formação e cuidado em saúde. As dimensões do cuidar ressaltaram a multiplicidade e que a constante desterritorialização configurou-se essencial na subjetivação de profissionais e usuários, cujos primeiros possuem o desafio de cuidar defronte as forças hegemônicas, a cultura organizacional e cultura biomédica.

As terapeutas ocupacionais discorreram acerca do cuidado que transcende a concepção flexneriana, mesmo defronte a formação centrada em diretrizes hospitalocêntrica, as profissionais criaram linhas de fuga para escaparem das capturas das tecnologias duras. A abertura e receptividade das terapeutas ocupacionais em relação ao desconhecido privilegiou a experiência em detrimento ao conhecimento técnico por si próprio, a experiência conforme demonstrado pressupõe explorar e desbravar territórios com seus desafios inerentes, que a depender da forma de encarar a realidade pode provocar reatividade ou reação criativa visando a resolução do problema.

O agir criativo das terapeutas ocupacionais foi capaz de abalar o instituído, desconstruindo para construir algo novo, com uma visão crítica e analítica dos processos de trabalho e cuidado em saúde. As ressignificações tornaram-se necessárias para abrir caminhos, o agir na micropolítica implicou uma outra postura diante da vida, no caso específico a constituição de um agir transformador e emancipador dos sujeitos assistidos.

A produção de cuidado das profissionais valorizou a intensidade dos corpos nos encontros, as práticas profissionais primaram a energia vital dos usuários, pois somente na mobilização interna consegue-se a resolutividade das ações de cuidado. Os afetos presentes e implícitos nas práticas das terapeutas ocupacionais denotaram sentidos a serem perseguidos em todos os serviços de saúde, em especial na atenção primária que caracteriza-se imersa nos territórios da vida, portanto, a Terapia Ocupacional vislumbra neste contexto o fazer humano que produz mudanças de dentro para fora e de fora para dentro, sendo desta forma significativo a presença do terapeuta ocupacional na equipe NASF-AB.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2008. pág. 45
3. Brasil Ministério da Saúde. Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. pág. 05. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html> Acesso em: 10 de Março de 2020.
4. Brasil Ministério da Saúde. Portaria Nº963, de 27 de maio de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 10 de março de 2020.
5. Oliver FC, Pimentel, A, Figueiredo-Uchôa, LR, Nicolau SM. Formação do terapeuta ocupacional para o trabalho na atenção primária à saúde. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2012; 3(20):327-340. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/677>
6. Silva RAS, Menta SA. Abordagem de terapeutas ocupacional em núcleos de apoio à saúde da família (NASF) no estado de Alagoas. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR 2014; 2(22): 243-250. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/604/532>
7. Bassi BGC, Malfitano APS, Bianchi PCO. Terapeuta Ocupacional na Atenção Básica em Saúde: a representatividade em revistas e nos congressos brasileiros da área. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2012. 3(20):p. 443-454.
8. Soares LBT. Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Editora Hucitec, 1991. 217 p.
9. Brasil. Resolução CNE/CES, nº 6, de 19 de fevereiro 2002. Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002. 34p.
10. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 1995. 105p
11. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004. 3(13): 16 – 29.
12. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs – Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34. 1995. 83p.
13. Filho Saletti HC. Cuidado e criatividade no contínuo da vulnerabilidade: contribuições para uma fenomenologia hermenêutica da atenção à saúde. [dissertação]. São Paulo, SP. Universidade de São Paulo/USP; 2007. 117p.
14. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação. 2002. 19: 20 -28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>
15. Gadamer HG. Verdade e método. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 4.ed. Petrópolis, 2002. 100p.

16. Ibge. Diretoria de pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência de 1º de julho; 2010, 46p.
17. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza LM, Leuzzi S, Gottems LBD et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção primária à saúde. *Ciência&Saúde Coletiva*. 2019. 24(6):2031-2041.
18. Fonseca LP. A reforma da saúde de Brasília, Brasil. *Ciência&Saúde Coletiva*. 2019. 24(6):1981-1990.
19. Minayo MCS. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes. 2001. 22p.
20. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008. 87p.
21. Tradi LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009. 3 (19): 777-796.
22. Lefevre F, Lefevre, AMC. O Sujeito coletivo que fala. *Interface – Comunicação, saúde e educação*. 2006. 20 (10):517-24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>>
23. Emerich BF, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e170521. <https://doi.org/10.1590/Interface.170521>.
24. Rodrigues E, Damico JGS. Dispositivos pedagógicos de educação em Saúde Coletiva. 2018; 22(64):285-94. DOI: 10.1590/1807-57622017.001
25. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. 2014; 18(49):313-24. DOI: 10.1590/1807-57622013.0166
26. Mello ACC. *A construção de sentidos nas intervenções em Terapia Ocupacional*. [dissertação]. São Carlos, SP: Universidade Federal de São Carlos/ UFSCar; 2019.
27. Rolnik S. Subjetividade antropofágica. In: Machado LD, Lavrador MCC, Barros MEB., organizadores. *TEXTURAS DA PSICOLOGIA: SUBJETIVIDADE E POLITICA NO CONTEMPORANEO*. 1ª edição. 2001, pag. 1 – 188.
28. Lopes RE, Borba PLO, Monzeli GA. Expressão livre de jovens por meio do Fanzine: recurso para a terapia ocupacional social. *Saúde e Sociedade*. 2013. 3(22):937-948p.
- 29 Gramsci A. *Textos selecionados*. In: MONASTA, A. Antonio Gramsci. Recife: Editora Massangana, 2010, 154 p.

Como citar: Silva Júnior AR, Tavares GS. O cuidado e a formação como lugar de invenção na atuação de terapeutas ocupacionais no NASF. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p145-160

Recebido em: 11/02/21

Aprovado em: 16/06/21



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p161-176

Abrir gavetas, tramar redes: dos impactos ressonantes da educação pelo trabalho na saúde

Open drawers, weave networks: the resonant impacts of education through work on health

Renata Castro Gusmão

Doutoranda em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mestra em Saúde Coletiva, nutricionista.

E-mail: renatagusmao.poa@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-0416-1429

Ricardo Burg Ceccim

Professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação.

E-mail: burgceccim@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0379-7310

Maria de Lourdes Drachler

Médica, Mestrado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Doutorado em Epidemiologia e Ciências Populacionais pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade de Londres. Secretária Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, lotada na CNCDO/RS e professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: malu.drachler@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7055-88817310

Resumo:

Objetivo: Este artigo objetiva trazer a cena uma pesquisa relativa ao impacto do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde, o qual estabelece uma trama entre ensino universitário, política pública e demandas sociais em saúde. **Método:** O tema do impacto, tão frequente nas discussões envolvendo avaliação e monitoramento em políticas e ações em educação e saúde, foi tomado em consideração, não apenas como uma pergunta a responder, mas como uma construção de pensamento sobre o que uma política pública “faz” na realidade (como uma política pública “impacta” uma realidade) e como uma prática de ensino e aprendizagem é afetada por esta. Antes de avaliá-lo, medi-lo, primeiramente, foi necessário tematizá-lo, em diálogo aberto com quem participou do Programa. **Resultados:** o impacto que ressoou tem a ver com a convocação ao movimento; o borramento de fronteiras disciplinares; a produção de outras possibilidades aos saberes e fazeres, e no deslocamentos nos modos de ser profissional, docente e discente. O impacto se mostrou no entre, nos novos pactos postos a funcionar. Nesta perspectiva, foi necessário apurar os sentidos para encontrá-lo, para perceber o que ressoa como efeito do encontro. **Conclusões:** Uma vez assim, uma “pesquisa de impacto” não atesta este ou qualquer programa ou política, ela cartografa movimentos. O impacto seria relativo àquilo que resta inacabado: não o que aconteceu, mas aquilo que entrou em acontecimento, em construção de realidades possíveis, imprevisíveis, invisíveis e inaudíveis, que ao entrarem em movimento produzem realidades, im.pactos.

Palavras-chave: Impacto; Educação na Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract:

Objective: This article aims to bring to the scene a research related to the impact of the Education through Work in Health Program, which establishes a connection between university education, public policy and social demands in health. **Method:** The theme of impact, so frequent in discussions involving evaluation and monitoring of policies and actions in education and health, was taken into consideration, not only as a question to answer, but as a construction of thinking about what a public policy “ it does ”in reality (as a public policy“ impacts ”a reality) and how a teaching and learning practice is affected by it. Before evaluating it, measuring it, first, it was necessary to discuss it, in an open dialogue with those who participated in the Program. **Results:** the impact that resonated has to do with the call to the movement; the blurring of disciplinary boundaries; the production of other possibilities for knowledge and practice, and in shifts in the ways of being professional, teaching and student. The impact was shown in between, in the new pacts put into operation. In this perspective, it was necessary to refine the senses to find him, to understand what resonates as an effect of the encounter. **Conclusions:** Once this is done, an “impact survey” does not attest to this or any program or policy, it maps movements. The impact would be related to what remains unfinished: not what happened, but what came into being, in the construction of possible, unpredictable, invisible and inaudible realities, which, when moving, produce realities, im.pacts.

Keywords: Impact; Health Education; Sistema Único de Saúde.

Introdução

Desengavetar o que está coberto pela exterioridade física deste corpo que nem permite que se perceba tudo o que está guardado ou engavetado, de tão coberto que está¹.

Este artigo traz à cena o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), mais especificamente, o PET-Saúde/Redes de Atenção, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O PET-Saúde trata-se de uma cooperação técnico-financeira na integração do ensinar com o trabalhar, valorização da Atenção Básica, atuação em Redes Estratégicas para a resolutividade das ações e serviços de saúde e resolubilidade de sistema às necessidades formativas e assistenciais². Um Programa que previa a integração entre ensino universitário, política pública de saúde e demandas sociais.

Como provocação para a escrita, desengavetamos uma pergunta (im)pertinente como nossa questão-guia: qual o impacto do PET-Saúde como estratégia de ensino que se faz em serviço, desde a perspectiva de quem participou do Programa: discentes, docentes na atividade de tutoria e profissionais dos serviços de saúde, na preceptoria)? Uma interrogação sobre a capacidade de reverberação dessa experiência para a Universidade e o Sistema de Saúde, uma articulação entre o(s) mundos(s) que circunscrevem “universidade” e “trabalho”.

Artesania de pensamento em tessitura com uma pesquisa maior “Impacto do Pró-Saúde e PET-Saúde como estratégia de educação permanente em serviço: a experiência do PET-Saúde na UFRGS”³, de caráter qualitativo e quantitativo - selecionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico

e Tecnológico (CNPq), por meio da chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde.

Como desdobramento da etapa qualitativa, nasceu uma dissertação de mestrado⁴, organizada em duas partes que se articulam e se complementam: Parte I – tematização do impacto, que originou um artigo publicado à época⁵; e Parte II – avaliação do impacto, desengavetada e revisitada para esta escrita, ainda que como novo informe técnico-científico.

Apresentamos desenhos do impacto encontrado, impressos por narrativas de quem experimentou a vivência-PET - o PET-Saúde/Redes de Atenção, conhecido como PET Redes, durante o período 2013-2015, referente ao Edital nº 14, de 08 de março de 2013⁶. A pesquisa teve como cenário, os territórios do sistema municipal de saúde de Porto Alegre, respeitando a demarcação da distribuição geoeeducacional dos cursos de graduação em saúde da UFRGS, que compõem os Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro.

O impacto como ponto de partida

Para avaliar o impacto, foi necessário, primeiramente, contextualizá-lo e tematizá-lo, um diálogo aberto também com quem compunha esse cenário de pesquisa. No caso, o impacto era sobre um programa de ensino que acontecia em serviço e “gerou realidades” relativas ao ensinar, ao aprender e ao trabalhar “no”, “com” e “para o” Sistema Único de Saúde (SUS). Diante do exposto, como avaliar/mensurar/medir efeitos quando estes ressonam como vivência(s)?

O impacto é um tema frequente em discussões envolvendo políticas públicas e ações em educação e saúde. No entanto, o que contorna a palavra impacto? O que significa alguma política, programa ou ação ter ou não impacto? Questões como estas tornaram-se rotas de pesquisa. Dentre os caminhos, percorremos, inicialmente, o dicionário:

impacto – im.pac.to, empurrado, impelido contra; metido à força; ação ou efeito de impactar; ponto de penetração de um projétil; choque, embate, encontro; choque de um corpo em movimento com outro em repouso; choque emocional; expectativa; ponto terminal da trajetória de um míssil; efeito que, por sua força, impede ou acarreta mudanças⁷.

Já na literatura sobre Avaliação, o conceito impacto é utilizado, frequentemente, como sinônimo de efetividade, ou seja, relacionado ao efeito de intervenções em sistemas reais e não em situações experimentais da pesquisa; também usado para designar o efeito de uma intervenção em relação a grandes grupos populacionais ou em grandes intervalos de tempo⁸.

Apesar da frequência do tema, trouxemos algumas questões como provocadoras de sentidos: como são formuladas as perguntas ou escolhidos os instrumentos que pretendem auferir o impacto? No

caso do PET-Saúde, onde procurar o impacto? No território? Na Rede? Nas políticas de ensino da/na saúde? Nas práticas de trabalho? Nos pensamentos sobre ensinar ou atender ou sofrer um aprendizado? Como medir?

Para fins deste trabalho, optamos por buscar o impacto como o efeito do encontro entre dois ou mais corpos, no caso: discentes-docentes-profissionais dos serviços de saúde, ou, poderíamos dizer também entre: universidade-cidadania-políticas públicas. A significação do impacto, ainda que (sempre) provisória, foi o fio problematizador, que signos impõe o impacto, quando dele nos ocupamos?

O impacto e as gavetas

Entre tematizar e avaliar o impacto, surgiram as gavetas – um conceito-imagem trazido por seu potencial em incidir nas sensações. As gavetas são uma composição entre aquilo que Michel Foucault^{9:133}, denominou por disciplina, representadas pelo surrealismo nas gavetas de Salvador Dalí, e aquilo que Clarice Lispector desafia com seus fragmentos de intensidade. Nesta perspectiva, será que o impacto está na abertura de gavetas? De quais gavetas?

Para desfigurar as disciplinas (procuramos pelo impacto, não pelas reiteraões), percorremos arte e literatura. A arte para acatar os signos que se impõem de modo imanente ao mundo do pensamento¹⁰, não os signos que o determinam como representação, como as palavras que seguem:

a arte convoca você a colocar seu corpo sensível à frente do seu pensamento [...] isso é fundamental na área da saúde, quando estamos em uma prática de cuidado, [...] chegar com o pensamento antes é deixar de explorar a riqueza artística dessa obra de arte, que é a existência¹¹.

Ao nos encontrarmos com as gavetas, juntamente, deparamo-nos com um “corpo-gaveteiro”, organizado, fragmentado pelas tantas gavetas possíveis de recortar um corpo. Gavetas que também compartimentam, organizam, as competências profissionais, cada qual ensinando a tratar de sua respectiva gaveta. A disciplinarização desde a formação, reverberando em práticas (de ensino, de aprendizagem e de trabalho) também fragmentadas e isoladas pelo recorte profissional, com foco no diagnóstico e no tratamento prescritivo para tal.

As disciplinas organizam “lugares” [gavetas]; “criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos”^{9:142}. “A disciplina fabrica indivíduos”^{9:164}, “fabrica pessoas automáticas”^{12:36}, “indivíduos normalizados, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas dissimulados de submissão”^{13:16}.

As gavetas, para além de um compartimento, na presente abordagem, tornaram-se um dispositivo importante para instigar pensamentos, sensações e inquietações, capazes de transgredir as fronteiras que normatizam, hegemonomizam, controlam e conformam a vida cotidiana, como representado no realismo do surrealismo da Figura 1¹⁴.

Métodos

“Um instante me leva insensivelmente a outro e o tema atemático vai se desenrolando sem plano, mas geométrico como as figuras sucessivas num caleidoscópio”^{12:14}. Podemos dizer que o PET-Saúde assemelha-se a um caleidoscópio por apresentar múltiplas possibilidades de configurações, “tudo muda, segundo o corpus considerado e a diagonal que se trace”^{15:29}.

Trouxemos “uma diagonal traçada” desta experiência, por movimentos que se deram a cada encontro. Assim como nos caleidoscópios, basta pequenos movimentos para uma imagem surgir diante dos olhos. Imagens em movimento que se formaram por negociações cotidianas entre o que estava instituído e o que consideraram que deveria ser operado naquele momento¹⁶.

Eu te digo: estou tentando captar a quarta dimensão do instante-já que de tão fugidio não é mais porque agora tornou-se um novo instante-já que também não é mais. Cada coisa tem um instante em que ela é. Quero apossar-me do é da coisa”^{12:7-8}.

Para apossarmos-nos do “é da coisa”, utilizamos a pesquisa-intervenção. Para Rocha e Aguiar^{17:72}, a pesquisa “é um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática”; “não há, portanto, o que ser revelado, descoberto ou interpretado, mas criado”; “por intermédio de uma abordagem micropolítica das produções coletivas, constatamos que a realidade social resiste aos quadros formulados a priori, às categorias gerais bem delimitadas, aos modelos circunscritos.”^{17:72}. A realidade não cabe em gavetas! “Eu, que troto nervosa e só a realidade me delimita”^{12:20}.

As falas aqui apresentadas envolveram encontros individuais e coletivos, totalizando 17 pessoas: 10 discentes (A), 02 docentes - tutoras/tutores (T) e 05 profissionais dos serviços de saúde - preceptoras/preceptores (P). Os encontros foram agendados previamente, seguidos de leitura e assinatura de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, parecer nº 562.811. Quando as informações começaram a se repetir, sinalizou o momento de parar.

Para a tematização do impacto, Parte I da pesquisa, também resgatamos falas de três grupos de acolhimento, que envolveram a participação de tutores/as, discentes e preceptoras/es - totalizando 36 pessoas.

Como resultado de campo, nos deparamos com um vasto material produzido. Diante do qual, acolhemos o seguinte fragmento como uma referência para os próximos passos da pesquisa:

[...] Já que fatalmente precisarei enquadrar a monstruosa carne infinita e cortá-la em pedaços assimiláveis pelo tamanho de minha boca e pelo tamanho da visão de meus olhos, já que que fatalmente sucumbirei à necessidade de forma [...] então que pelo menos eu tenha coragem de deixar que essa forma se forme sozinha como uma crosta que por si mesma endurece, a nebulosa de fogo que esfria na terra^{19:13}.

Para a análise da “monstruosa carne infinita”^{19:13} do material obtido (transcrições e anotações), utilizamos os critérios de Foucault¹⁵, “retirando palavras, frases e proposições”, organizando-as em gavetinhas, “que não foram determinadas em função de frequências ou constantes linguísticas”, mas “escolhidas em torno dos focos difusos de poder (e resistência) acionados por esse ou aquele problema”^{15:28}.

Neste processo, nos encontramos com várias gavetinha, sem conseguir visualizar com nitidez o que existia dentro de cada uma. Despejamos e reorganizamos seus conteúdos, criando fluxos de conexões, formando um “mapa analítico”, uma ferramenta cartográfica que posta sobre os processos produtivos, possibilitando enxergar as relações de trabalho e as provocações de realidades desde sua micropolítica¹⁹.

Resultados

O Programa contava com algumas diretrizes organizacionais prevista em edital – objetivos, carga horária e tempo de duração. Se buscássemos o impacto apenas nos objetivos oficiais, poderíamos dizer que, já na primeira questão lançada, tivemos indícios de que atingiu os objetivos almejados: “[O PET] tem um impacto gigante, uma possibilidade de a gente se aproximar dos serviços, tão cedo no curso, muda tudo, muda tudo!” (A3). “Envolver o aluno dentro da Saúde Pública do país, da cidade” (A6). Promover a “integração entre a Universidade e a população” (A7); “a experiência de estar com outras áreas” (A8); agregar olhares, sentimentos, saberes à formação profissional, em uma “experiência fora da Universidade” (P1). “Saindo da teoria e indo para a prática” (P2). Afinal, “a vida real é diferente da vida dos livros” (T2).

Foi na aproximação do território que soubemos menos do PET-Saúde e mais desta micropolítica do lugar que cada PET construiu, a cada encontro, por cada pessoa envolvida, fazendo de cada PET um PET. Ouvimos:

Eu vejo que cada um leva a organização, dos espaços, da burocracia, de um jeito bem peculiar [...] se há espaço subutilizado nesse processo, não é de responsabilidade da gestão do PET, se a gente não participa,

não se empenha para construir, bem, o espaço está lá, o horário está lá, o pagamento já aconteceu (T2).

Um encontro na formação

O que eu levo do PET é a questão profissional, de qual profissional que tu queres ser no futuro? Tu vais te moldando [...] colocar diversas áreas para ter esse olhar diferenciado, [...] porque hoje em dia é essa coisa mais mecanizada, [...] cada um no seu quadradinho, começa ali, termina ali o serviço, e já passa para o próximo, percebendo o usuário mais como um objeto que como uma pessoa, isso é o que eu levo para mim [...] o PET veio para mim como uma visão de mundo (A5).

Ao dialogarmos com as palavras desta aluna, percebemos o tensionamento de fronteiras que a vivência provocou. Assim como, inevitavelmente, nos remetem às salas de aula da Universidade – cenário onde se passa a maior parte da graduação. E neste ponto, às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação da Área da Saúde²⁰, nas quais o PET-Saúde alicerça-se - o conceito ampliado de saúde, os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS passam a ser elementos fundamentais dessa formação²¹.

Apesar de abrir algumas gavetas que fragmentavam as profissões da área da saúde, o PET trouxe poucas mudanças no que se refere ao perfil dos profissionais que se formam, não produzindo alterações estruturais na Universidade¹⁶: “[O PET] tem mais impacto nos serviços que na Universidade, a gente consegue contribuir mais nos serviços como aluna, que com nossa própria graduação” (A4); “como levar essa experiência para sala de aula? [...] agora esse edital PET vai acabar, o que a gente pode ter de similar?” (T2). Uma sugestão trazida por uma tutora foi: “se eu pudesse mudar alguma coisa, eu tentaria aproximar mais os coordenadores dos cursos [de graduação] no processo [...], sensibilizar mais os professores para a participação” (T1).

Houve falas que denunciaram uma docência ainda alicerçada em práticas tradicionais de ensino (e aprendizagem), nas quais a/o docente detém o saber, a verdade, não favorecendo trocas, escutas e questionamentos, como no diálogo a seguir:

Os professores não têm muito interesse pelas causas dos alunos, sabe? [...] Quando os alunos propõem alguma coisa isso mexe com a estrutura dos professores [...] ele chega lá com uma segurança, com aquela aula que ele sempre dá [...] tu vai tirar ele da zona de conforto (A1).

Sei que precisarei tomar cuidado para não usar sub-repticiamente uma nova terceira perna que a mim renasce fácil como capim, e a essa perna protetora chamar de “uma verdade” [...] Mas como adulto terei a coragem infantil de me perder? As duas pernas que andam, sem mais a terceira que prende ^{18:11-12}.

Também houveram narrativas que contaram sobre dificuldades apresentadas em encontrar um eixo integrador, entre os conteúdos trabalhados nas diferentes disciplinas, que se apresentam separadas

umas das outras, cada uma em sua gaveta. A fragmentação e a descontextualização do conhecimento. Um mundo acadêmico distante do mundo de inscrição e realização da prestação de serviços²³. Nos disseram: “A gente nota que há um descompasso entre teoria e prática” (P4); “não que o professor tenha que saber tudo, mas vamos saber como trabalha com a humanidade, né?” (A1).

Emergiram, também, temas que escapam da organização das gavetas oficiais, das grades curriculares que, aparentemente, não fazem parte de gaveta alguma, ressonando em práticas preconceituosas e excludentes, ou em invisibilidades nas próprias políticas públicas. Ouvimos:

Porque não colocar uma disciplina de gênero no currículo? A gente trabalha com a saúde da mulher, sendo uma saúde da mulher voltada totalmente para a mulher “parideira”, não a mulher como mulher [...] os alunos estão fazendo estágio dentro de um projeto que faz troca de redesignação sexual, as pessoas estão indo para lá sem nenhum trabalho sobre gênero [...] (A1)

Em relação à pessoa com deficiência não teve nada ainda [no currículo oficial] [...] eu até falei sobre a possibilidade de entrar, porque, querendo ou não, em qualquer lugar que a gente vá trabalhar, vai haver pessoas com deficiência [...] eles disseram que não têm essa possibilidade, foi bem decepcionante (A3).

O encontro com “a realidade”, nos cenários de práticas, foi um dos impactos citados: “A potência do PET, eu acho que é unir o aluno na realidade, né? Colocar o aluno na realidade nua e crua de um posto de saúde [...]” (A7). Esse contato com o mundo exterior das salas de aula, trouxe à tona tensionamentos que estavam protegidos pelos muros da Universidade. Podemos dizer que realidade impacta! “Tem esse conflito, tipo a gente mora super bem, tem casa, e as ‘pinta’ estão vivendo na rua, lutando pelo almoço, pela comida, pela droga, quem tem esse problema, é outro método de vida, outra perspectiva de valores” (A1).

Percebe-se que os cenários de ensino em serviço, descortinaram mundos invisíveis. Ao mesmo tempo que esse encontro com a realidade convocou à criação, ao desejo, às rupturas, ao movimento e à transformação. O impacto também pode doer, abalar estruturas, mexer com medos, inseguranças, podendo, até mesmo “acionar microfascismos a espera de cristalização”^{24:26}. Nesse sentido, qual nosso papel? Nossas ações contribuem para o enclausuramento dos corpos? Tal qual Clarice: “Eu enclausurada no meu pequeno mundo estreito e angustiante, sem saber como sair para respirar a beleza que está fora de mim”^{25:32}.

Dos cenários de educação em serviço

Como estratégia de abrir e revirar as gavetas das práticas em saúde, algumas emperradas pelo tempo, em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que visava a desenvolver a capacidade dos trabalhadores da área para responder às necessidades de saúde das

peças e das populações, qualificar a gestão e aprofundar o controle social²⁶. Da PNEPS, derivaram o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde²¹ e o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET-Saúde², voltados, inicialmente, para a aproximação com a Estratégia Saúde da Família, mas, nos últimos anos, incorporaram a ideia das Redes Integradas de Atenção.

Neste percurso de pesquisa, nos encontramos com histórias que não falam só do PET, mas que o PET contribuiu para torná-las visíveis, deixando o campo falar, como nos dizem os autores^{27:744} :

A micropolítica invade à cena, [...] a relação das equipes, do trabalho cotidiano, a abertura ou fechamento para o cuidado no território, as parcerias institucionais, as disputas sobre os planos de cuidado são tomadas por todos, [...] o que produz um deslocamento da formação e da produção de conhecimentos como “solução de problemas” para [...] “exercício da problematização” [e, assim], invenção de si e do mundo.

Por ser uma modalidade de ensino em serviço e interdisciplinar, a vivência-PET foi comparada à experiência das residências multiprofissionais em saúde e às Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). O encontro entre disciplinas, assim como, no estudo de Fonseca²², mostrou-se, uma das grandes potências do PET-Saúde.

“O PET-Saúde/Redes deu uma mexida nisso das profissões” (P2). Apesar disto, também “tem muito profissional que se recusa, que não aceita trabalhar com aluno” (T1). Como aprender (e ensinar) a trabalhar em equipe se o currículo oficial não prevê a interdisciplinaridade em suas composições curriculares? Ao contrário, para possibilitar o encontro entre os diversos cursos da área da saúde, foi necessário fazer diversos arranjos, para contemplar tempos comuns por entre as gavetas lotadas que configuram cada disciplina.

[O PET] é justamente para eles saírem dessas caixinhas, que eles vieram da graduação [...] eles têm aquelas caixinhas, de eu sou assistente social, eu sou o médico, principalmente o médico, e nós estamos levando uma nova visão, de que nós todos somos rede [...] eu acho que isso acaba impactando no dia a dia deles como profissionais (A4).

Sobre a aproximação com as redes de cuidado, proposta diferencial do PET-Saúde/Redes de Atenção, são tramados “fluxos de agenciamentos coletivos”, que se produzem a cada encontro, “variando segundo as cadeias de associações entre os corpos”^{28:179}, assim, a rede pode ter uma infinita variação de desenhos e potências, “o que é servidão de um é potência de outro, uma ascensão pode ser seguida de uma queda e inversamente”^{28:180}, como diz o aluno:

Tem profissionais que fazem seu trabalho minimamente, o que tem que fazer, o que foram contratados para fazer, mas sem empenho de mudar a situação daquele trabalho, saca? Isso é uma coisa que me incomodou em alguns serviços [...] só fazia um “protocolinho”, sabendo que tu estás trabalhando na atenção básica e deve ter uma outra visão de pessoa (A1).

Embora a rede tenha aparecido com destaque entre as falas, ela também apareceu como algo

novo, que ainda não é contemplada nos currículos, tampouco no imaginário de alguns/algumas profissionais, como podemos ver em algumas manifestações: “Acho que a questão da rede foi fundamental nesse PET, isso não é trabalhado na Universidade” (A9). “A rede é uma coisa nova, e muitos dos profissionais que estão aí nem viram isso na sua graduação [...] não falo só do pessoal de nível superior, mas dos servidores de modo geral, de ensino médio, que são cruciais na rede” (A6).

A rede deveria ser “zona de passagem e de continuidades intensivas em que se operariam revezamentos, de diferenciação e de aumento de potência”. Em vez de simplesmente passar adiante, “haveria que se sentir de fato o gosto pelo revezamento, pela diferenciação na alternância dos cuidados”^{29:678}.

A rede é uma coisa complicada, né? A rede, como a gente fala, a gente problematiza muito nas reuniões. A rede, ela tem duas redes, como a gente chama, que tem a rede, que deveria ser [rede fria] e tem a rede quente, que é “eu conheço o fulano do tal serviço, então eu vou falar com ele e daí eu consigo alguma coisa” (A1).

Nas narrativas, também percebemos que, passar adiante, muitas vezes é uma estratégia, em relação à uma diferenciação na alternância dos cuidados, não se tratando de continuidades intensivas, mas simplesmente da transferência de responsabilidade ao outro, sem corresponsabilização, livrando-se do problema, como disse o tutor:

“A rede se faz no dia a dia, no coletivo, na transferência de trabalho [...] que faz com que as instâncias se articulem, numa proposta de trabalharem juntas, o que mais acontece é transferência de trabalho num outro sentido – agora o trabalho é seu, não é mais meu” (T2).

Diante do exposto, perguntamos: até onde vai o conteúdo de cada gaveta das competências profissionais? Até onde vai minha gaveta? Onde começa a gaveta do outro? “Na rede tem muito de encaminhar para outro fluxo para ser um a menos para mim” (P3). Situações ficaram de fora das grades curriculares, também reapareceram, como dificuldade de acessar à rede, por não pertencerem a nenhuma gaveta oficial, desde a organização dos planos de ensino. Assim, o PET mostrou-se como uma possibilidade de espiar e interagir com o que existe fora de cada gaveta:

Se a gente for olhar a população em situação de rua, ela tem muita dificuldade de acessar a rede, tem serviços que escolhem atender (ou não) essas pessoas [...] enfim eu sou contra a rede quente, porque não é igualitária para todo mundo, mas ao mesmo tempo é necessária, por exemplo, se for alguém atendido pelo consultório na rua, às vezes a rede quente é que garante o acesso (A1).

A gente via a dificuldade que a pessoa com deficiência tem de se inserir na rede [...] a gente percebeu que o grande nó disso tudo é a falta de informação dos próprios funcionários que trabalham na rede [...] eles não têm noção para onde mandar essas pessoas [...] ficamos praticamente um ano estudando e vendo onde estavam esses nós, agora que a gente já tem clareza [...] temos dois focos, um era escrever um guia da pessoa com deficiência e, o outro, é justamente fortalecer a rede [...] Nós começamos a trabalhar com os grupos nas oficinas [...] nossa ideia é trabalhar com o matriciamento, com a educação permanente... Fizemos uma sensibilização com a equipe, tentando trabalhar que essa pessoa com deficiência não vai ser tratada diferentemente, mas tendo um olhar diferenciado, ou seja, respeitando as suas diferenças (T1).

Considerações finais

O PET é uma experiência transformadora, a gente vê a transformação do casulo à borboleta [...]. Estamos finalizando esse PET, estamos nesse momento de vivenciar isso, de borboletas! (T1)

Trouxemos a fala da tutora acima para ilustrar o movimento do “impactar” desta vivência-PET. Uma proposta que mostrou-se bem-sucedida, proposta necessária, proposta bem-vinda. Experiências singulares e coletivas emergem em oportunidades fora da rotina. O PET-Saúde, por ora, foi uma oportunidade fora da rotina, que teve como pretexto ensinar e aprender “no” e “com o” cotidiano, ampliando os cenários de formação. Deste percurso de pesquisa, ressonaram as questões: O que da vivência-PET deveria estar nos livros e nas atividades curriculares oficiais? Como garantir esse vai e volta nessa integração ensino-serviço-cidadania?

Como vimos nas falas trazidas aqui, o Programa descortinou práticas, trazendo à cena alguns *modus operandi* que perpassaram a invenção de si e de modos de fazer, por aprendizagens e, também, desaprendizagens: “o PET veio para mim como uma visão de mundo...” (A5); “[...] sem dúvida esse aluno... Esse aluno quando for falar do serviço público, da rede... não vai produzir tanto um senso comum...” (T2). Também nos encontramos com narrativas que denunciaram posições burocratizadas em interesses próprios, umbigos próprios, interesses corporativos, ou de si para consigo, também estavam lá, e lá permanecerão.

Ao começamos a investigar o PET-Saúde, nos deparamos com o trabalho em saúde; ao narrarmos o PET-Saúde, nos encontramos com a educação na saúde; ao problematizarmos o PET-Saúde, nos deparamos com a política pública de educação permanente em saúde. Ou seja, nos deparamos com o impacto na abertura de margens, no desmanchamento de fronteiras, provenientes da oportunidade de encontros imprevistos.

Ressoou a potência dos encontros, dentre previstos e imprevistos, que confrontam profissões e instituições, seus perfis e suas perspectivas de imposição de mundo, como expressou o discente: “[...] a ferramenta principal é o diálogo, é a vivência, é o encontro, é tu estar ali na frente da pessoa e fazer uma troca com essa pessoa, eu acho que isso foi o principal do PET” (A1).

Também nos encontramos com o impacto naquilo se percebe para além das fronteiras rígidas das gavetas, como uma provocação, para que possamos encontrar a potência em nossas próprias deficiências. Que as deficiências não demarquem uma gaveta de pertencimento, uma imobilidade, ao contrário, representem novas possibilidades de mobilidades, de nos fazer expandir, de inventarmos novos movimentos em nós, novas possibilidades de escrituras no corpo e com o corpo.

E neste percurso de tessitura do impacto, embaralhado a conceitos, articulado a sensações, o

impacto fez-se poesia e, posteriormente, ganhou corpo de verbete-poético³⁰, uma contribuição para contornar e provocar movimentos na palavra:

Impacto

O impacto está na mobilidade,
na disruptura,
na abertura de gavetas,
na capacidade criativa
de inventar o cotidiano,
e inventar-se no cotidiano.

O impacto está nos espaços novos,
no interstício da imobilidade
de uma regra, de uma verdade,
de uma disciplinarização.

É na micropolítica cotidiana,
que o impacto impacta,
nos pactos do dia a dia,
nos novos agenciamentos
postos a funcionar a cada encontro.

O impacto está no desequilíbrio,
na ruptura, com a terceira perna,
no senso incomum.

O impacto está nas brechas,
está em mim, em ti, em nós,
entre-nós.

Como flores nas encostas do cimento,
o impacto está no entre.

Nesta experiência, o impacto esteve no entre, ampliando o diálogo entre universidade e sociedade, no remexer de gavetas que estruturam às universidades, que possam rever as fronteiras das grades curriculares e o que ficam de fora destas, germinando em outros pactos. Esta pesquisa encontrou eco em outras pesquisas simultâneas^{31,32} que, entre tantas coisas, denunciaram, algo importante: a distância entre os cursos de graduação na área da saúde e sua adequação aos cenários que vida acontece.

A vivência-PET pode reduzir algumas destas lacunas que são produzidas desde a saúde que se ensina e se aprende nas universidades, dos encontros que a saúde produz e que, frequentemente, pouco considera a outra pessoa. Teorias e práticas, obstinadamente prescritivas, culpabilizantes e focadas na terapêutica médica aos diagnósticos de doença. Uma composição curricular e uma clínica da atenção, ambas sob condução em cursos e protocolos assistenciais fragmentados em cursos específicos e profissões corporativas, que organizam e perpetuam esse corpo-gaveteiro que conforma esta escrita, em

diálogo com a Figura 2³³, que está entre as 100 obras que Dalí confeccionou para ilustrar a Divina Comédia de Dante Alighieri.

Vale destacar, que a finalização desta pesquisa ocorreu em meio a VII Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (ano de 2015), pairava nas falas a preocupação com a situação política do País – políticas públicas, direitos humanos e a própria Constituição já encontravam-se na corda bamba. Cenário que agravou-se desde então, com a vitória de uma proposta de extrema direita (ano 2018), com um plano de governo que questiona as políticas públicas, adicionado a pandemia de coronavírus (ano de 2020), ampliando ainda mais a situação de instabilidade.

Retomamos a imagem das flores nas encostas do cimento³⁴, como inspiração de resistência, uma imagem poética da luta pela saúde e educação públicas, tessitura rizomática²⁴, que floresça mesmo nas intempéries do tempo, tal qual as marias-sem-vergonhas, que “espalham suas sementes ao azar”, de “flores que podem ser rubras, violáceas ou alvas”, “quase uma praga, necessitam de muita água e sol. Na seca quase desaparecem; na época de chuva, renascem com força quase infantil”, “e por conter ia-sem-ver, ela privilegia todos os sentidos”^{35:24}.

Que deste cenário nebuloso as marias-sem-vergonhas floresçam, como os impactos que podem abrir gavetas e que encontrem brechas para a vida escapar por entre a dureza cimento, germinando em novas sementes de futuro³⁶. Que assim seja!

Referências

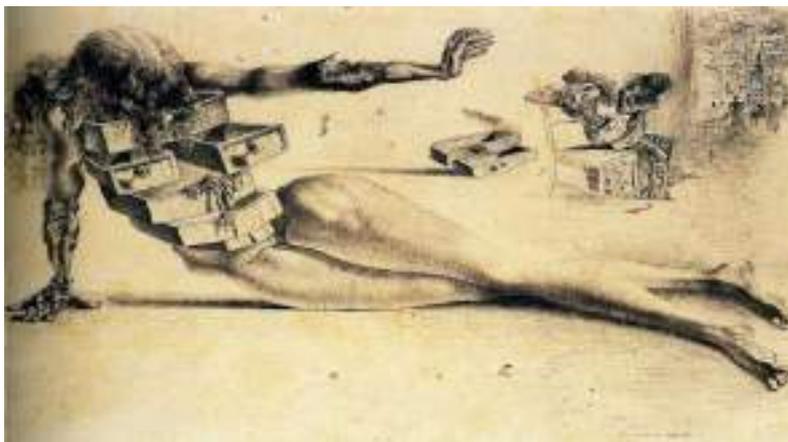
1. Bernal E. Gavetas. Letras revisitadas. 6/06/2010. Disponível em: <http://rostovms.blogspot.com.br/2010/06/gavetas.html>. Acesso em: 16 de dezembro de 2020.
2. Brasil. Portaria Interministerial nº 421. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Ministérios da Saúde e da Educação. Diário Oficial da União, 3 de março de 2010.
3. Drachler, ML. (pesquisadora responsável). Impacto PRO e PET-Saúde como estratégia de educação permanente em serviço: a experiência do PET-Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [projeto de pesquisa].MCTI/CNPq/MS-SCTIE Nº 08/2013.
4. Gusmão, RC. Abrindo Gavetas, tramando redes: dos impactos na educação pelo trabalho na saúde. Dissertação (mestrado). Mestrado em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/129585>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2022.
5. Gusmão RC; Ceccim RB; Drachler, ML. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde : abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. Interface (Botucatu). 19 Supl 1:695-707; 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/RkK6srsJWmJGjk6d9GT3zmx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2022.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 14, de 08 de março de 2013. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Rede de Atenção à Saúde 2013/2015. Diário Oficial da União. 11 Mar 2013.
7. Michaelis. Impacto. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/impacto>>. Editora Melhoramentos. 2020. Acesso em: 25 de novembro de 2020.
8. Hartz ZMA; Vieira-da-Silva LM (organizadoras). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
9. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2013.
10. Deleuze G. Proust e os signos. Rio de Janeiro: Forense, 2006.
11. Merhy EE. Entrevista com o Professor Emerson Merhy - Encontro Regional da Rede Unida – Sudeste, 16 de agosto de 2013. Disponível em: <https://youtu.be/_F_g5ihrJtA>. Acesso em: 15 de outubro de 2018.
12. Lispector C. Água viva. São Paulo: Círculo do Livro, 1973.
13. Guattari F; Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.
14. Dalí S. Cidade de gavetas [imagem]. 1936
15. Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 2005.
16. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264810146_Micropolitica_e_Saude_producao_do_cuidado_gestao_e_formacao_Colecao_Micropolitica_do_Trabalho_e_o_Cuidado_em_Saude>. Acesso em dezembro de 2020.
17. Rocha ML; Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Psicologia: Ciência e Profissão, 23 (4), 64-73 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.
18. Lispector C. A paixão segundo G.H. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.
19. Franco TB; Merhy EE. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. Salud Colectiva, 5(2), 181–194, 2009. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/15mapas-analiticos-organizacion-procesos-trabajo.pdf>>. Acesso em: dezembro 2020.
20. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/CES N°3, de 7 de novembro de 2001.
21. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.101. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Ministérios da Saúde e da Educação. Diário Oficial da União, 3 de novembro de 2005.

22. Fonseca GS. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, da Universidade de São Paulo: estudo avaliativo. Dissertação (mestrado). Mestrado Acadêmico em Ciências Odontológicas. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.
23. Ceccim RB; Pinheiro R. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. Em: Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos (Org.), Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.
24. Deleuze G; Guattari F. (1995). Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. vol.1. São Paulo: Ed. 34.
25. Lispector C. Um sopro da vida. Rio de Janeiro, 1999.
26. Brasil. Portaria nº 198/GM. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 13 de fevereiro de 2004.
27. Cruz KT; Merhy EE; Santos MFL; Gomes MPC. (2015). PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. Interface: comunicação, saúde, educação. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0721.pdf>>. Acessado em: 26 de novembro de 2018.
28. Deleuze G. Crítica e clínica. São Paulo: Ed. 34, 1997.
29. Fuganti L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? Interface – comunicação, saúde, educação. v. 13, supl. I, 667-79, 2009.
30. Gusmão RC. Impacto [verbetes]. Organizadores: Ceccim RB et al. EnSiQlopedia das residências em saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 143. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/89fb/9259f6d315acb79c95f49a0cc185ad9fae30.pdf>>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2022.
31. Ferla A, Rocha CMF, Santos LM. Integração ensino-serviço: caminhos possíveis? Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/cadernos-de-saude-coletiva-volume-2-pdf>>. Acesso em: novembro de 2020.
32. Revista Interface, suplemento especial sobre o PET Saúde, v. 19, supl. 1, ago. 2015. Disponível em: <<http://interface.org.br/edicoes/v-19-supl-1-ago-2015>>. Acesso em: dezembro de 2020.
33. Figura 2: O reino dos penitentes. Salvador Dalí (1961) [imagem]
34. Yuka Marcelo. Flores nas contas do cimento [música] . In: FURTO. Sangue Audiência. 2005.
35. Corpos Informáticos. Performance Artística no vivo e ao vivo. Performance Presente Futuro Textos. Disponível em: <<http://www.artesquema.com/wp-content/uploads/2009/01/bia-medeiros.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2018.
36. Rolnik S. Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2018. 208p.

Figuras

Figura1: Cidade de Gavetas¹⁴



Como citar: Gusmão RC, Ceccim RB, Drachler ML. Abrir gavetas, tramar redes: dos impactos ressonantes da educação pelo trabalho na saúde. **Saúde em Redes**. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p161-176

Recebido em: 21/12/20

Aprovado em: 08/02/22



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p177-193

A Percepção dos Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica sobre o Apoio Matricial

The Perception of Professionals of the Enlarged Nucleus of Family Health and Primary Care on Matrix Support

Milena Medeiros Falcão

Médica – Estratégia de Saúde da Família
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
E-mail: milena_medeirosf@outlook.com
ORCID: 0000-0003-2887-5231

Richardson Fagner de Oliveira Granjeiro

Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva – Professor Substituto do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
E-mail: richardsonfagner@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-6760-267X

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade - FACS/UERN da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).
E-mail: ellanygurgel@uern.br
ORCID: 0000-0003-4014-6242

Resumo:

Objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Mossoró/RN sobre como se dá o Apoio Matricial juntos às equipes da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Pesquisa de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, sendo usada entrevista semiestruturada com 16 profissionais integrantes do NASF-AB. Para a realização da análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Foi evidenciado que a operacionalização do Apoio Matricial depende de um conjunto de condições: infraestrutura; qualificação das equipes apoiadoras; comunicação entre os profissionais; relações interpessoais saudáveis; compreensão do papel do apoiador; rede de serviço disponível. Entretanto, estas ações são desenvolvidas embasadas na vivência cotidiana e na experiência individual de cada um. Observou-se também que há limitações no processo de gestão devido ao comprometimento de poder e de saber, prejudicando o processo de corresponsabilização de sujeitos e de trabalho. **Conclusão:** A promoção da educação de gestores e funcionários da Atenção Básica pode ser considerada ferramenta essencial para compreensão acerca do papel do NASF-AB e do Apoio Matricial, além da reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão para promover a participação ativa do sujeito nos processos de atenção à saúde.

Palavras-chave: atenção básica; NASF; apoio matricial.

Abstract:

Objective: To know the perception of professionals from the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB) in Mossoró/RN about how Matrix Support is given together with the teams of the Family Health Strategy. **Method:** This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach, using a semi-structured interview with 16 professionals from the NASF-AB. To perform the

data analysis, Bardin's content analysis was used. **Results:** It was shown that the operationalization of Matrix Support depends on a set of conditions: infrastructure; qualification of supporting teams; communication between professionals; healthy interpersonal relationships; understanding of the supporter's role; available service network. However, these actions are developed based on the daily experience and on the individual experience of each one. It was also observed that there are limitations in the management process due to the commitment of power and knowledge, harming the process of co-responsibility of subjects and work. **Conclusion:** The promotion of education of managers and employees of Primary Care can be considered an essential tool for understanding the role of NASF-AB and Matrix Support, in addition to the reformulation of traditional management mechanisms to promote active participation of the subject in care processes the health.

Keywords: primary care; NASF; matrix support.

Introdução

A fim de qualificar e tornar mais resolutiva a Atenção Básica (AB) criou-se, em 2008, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), constituído por uma equipe multiprofissional.¹ A composição dessas equipes deve ser definida de acordo com as necessidades do território, do perfil epidemiológico e das condições socioeconômicas da população. Por ser fundamentada em ações conjuntas, espera-se que elas atuem de forma integrada e colaborativa nas atividades de natureza técnico-pedagógicas e clínico-assistencial.²

As diretrizes de funcionamento do NASF-AB preconizam uma organização do cuidado baseada na colaboração entre equipes responsáveis por um determinado território e no compartilhamento de saberes e práticas entre apoiador e Equipe de Estratégia de Saúde da Família (EqSF). É muito mais do que a presença de profissional com qualificação de especialista. É a realização de encontros destes com a equipe apoiada para o desenvolvimento de ações como: discussão de caso, atendimento compartilhado entre NASF/EqSF, construção de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção, entre outras. Ademais, utiliza-se dos princípios do Apoio Matricial que traz a proposição de atuar a partir de um núcleo de saber e manter relações mais próximas ao usuário, voltando-se, ainda, à gestão e a produção do cuidado em si para produzir saúde e romper com a lógica especializada habitual.³

O apoio na produção de políticas technoassistenciais, geralmente, refere-se a estratégia para organização de fluxos entre os diferentes serviços e para o NASF-AB destaca-se por sua proximidade com os usuários e os contextos que interferem na sua saúde, tendo, portanto, a responsabilidade de coordenar o cuidado. Assim, a ação de apoio refere-se a diferentes formas de conexão de serviços especializados e da gestão às equipes que integram a AB.⁴

Dessa forma, o Apoio Matricial integra uma nova lógica para repensar as relações de poder a partir da cogestão para as relações interprofissionais a fim de superar as relações hierarquizadas na rede de atenção à saúde. Reconhece, ainda, a complexidade do processo saúde-doença, geradora da necessidade de compartilhamento das disciplinas e da interdisciplinaridade para operação dos processos. Assim, tal modelo tem potencial de produzir vinculação e responsabilização dos atores envolvidos no processo de produção de saúde.⁵ Nesse contexto, ganha cada vez mais relevância a necessidade de perceber problemas, contradições e limitações para a materialização do Programa Nacional de Humanização (PNH), no sentido de tentar garantir a resolutividade da assistência prestada ao usuário na rede de atenção à saúde. Trazer para o centro das discussões a visão dos profissionais do NASF-AB sobre o seu papel e mostrar como ela pode impactar diretamente na maneira de gerir a AB é de extrema relevância para repensar as ferramentas de gestão com a finalidade de garantir mudanças nos processos de trabalho.

Então, reveste-se de importância conhecer como os matriciadores dão voz e percebem seus processos de trabalho. Assim, esse estudo foi elaborado a partir do pressuposto de que há limitações sobre a temática do Apoio Matricial nas equipes do NASF-AB da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró/RN (SMSM).

Felizmente, ao considerar as experiências dos entrevistados, foi possível identificar as possibilidades e limitações no cotidiano das equipes. Por outro lado, negar a importância de identificar estas concepções é ser relapso aos obstáculos epistemológicos e estruturais dos serviços que essa alternativa propõe enfrentar. Nesse sentido, a interpretação do processo vivenciado no município de Mossoró/RN sobre a organização do Apoio representa instrumento fundamental para perceber problemas, contradições e limitações, redefinir rumos, fazer novas proposições ou reafirmar antigas definições que contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde.

Desse modo, esse artigo tem o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais do NASF-AB da SMSM sobre como ocorre o Apoio Matricial junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família. Ademais, analisar as práticas cotidianas dos trabalhadores do NASF-AB à luz da PNH 2003, identificar os problemas enfrentados pelos trabalhadores do NASF-AB em materializar o Apoio Matricial e evidenciar como se dá a inclusão dos profissionais nos processos de gestão em saúde (análise de problemas e tomadas de decisão).

Métodos

Este estudo apresenta caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário foi a Secretaria Municipal de Saúde de um município de porte médio do interior potiguar, que conta, atualmente, com cinco equipes NASF-AB. A pesquisa foi realizada com 16 profissionais apoiadores. O critério de inclusão foi estarem no serviço há, pelo menos, um ano.

Como instrumento, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo: a identificação dos participantes, a formação – com perguntas objetivas –, por último, a parte que contemplou questões disparadoras: ‘O que você entende por apoio matricial?’; ‘Você participa da tomada de decisões quanto à organização e ao planejamento das atividades do NASF?’; e ‘Cite quais os desafios enfrentados para implantar o apoio matricial e as potencialidades para materializá-lo’. As entrevistas foram realizadas em salas variadas da SMSM, no período de maio a junho de 2018, em prévio agendamento com as equipes, com consentimento dos participantes, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 2.663.665, CAAE: 89462918.2.0000.5294, em 19 de maio de 2018. A pesquisa não foi financiada e não há qualquer conflito de interesse.

O referencial metodológico utilizado foi a Análise de Conteúdo Temático, os depoimentos foram analisados individualmente, realizou-se recortes e agregações dos discursos convergentes, utilizando o tema como unidade de registro, com base nos objetivos do estudo.⁶ Os participantes da pesquisa foram identificados pela letra ‘P’ e a letra ‘N’ seguidas por numerais, para garantir o caráter confidencial e a segurança do anonimato.

A partir da análise dos depoimentos, as categorias que emergiram foram: percepção do profissional de saúde, fragilidade da rotina de trabalho dos profissionais do NASF-AB, entraves na relação NASF-AB e EqSF, reorganização da assistência e descontinuidade da assistência.

O fato de os profissionais que integram o NASF-AB 2 se recusarem a participar das entrevistas juntamente com a exoneração dos médicos da composição das equipes com designação para a Estratégia de Saúde da Família pode ter limitado a densidade dos conteúdos encontrados na fala, uma vez que, houve repetição dos discursos, conseqüentemente, houve saturação dos questionamentos e diminuição das diversidades de categorias temáticas.

Resultados

Identificação sociolaboral

A partir da análise da identificação sociolaboral, observou-se que a maioria de apoiadores são do sexo feminino (68,75%), sendo a média de idades entre todos de 38, 2 anos. Dos apoiadores, 04 (25%) são fisioterapeutas, 04 (25%) são assistentes sociais, 03 (18,75%) são psicólogos, 03 (18,75%) são farmacêuticos e 02 (12,5%) são educadores físicos. No que se refere a graduação, nenhum tem pós-graduação em Saúde da Família.

Quanto ao tempo na função, o apoiador mais recente está há 2 anos. Em contrapartida, há três apoiadores que já atuam faz oito anos. Apesar de ser recente a função de apoiador, todos já atuavam na AB, tendo histórico de muitos anos na rede municipal de saúde.

No tocante a carga horária de trabalho, 13 apoiadores (81,25%) foram contratados para atuarem 40 horas, porém somente 2 entrevistados (12,5%) referiram comprimir de fato as 40 horas na atividade de apoiador matricial. É importante destacar, ainda, que 1 apoiador (6,25%) referiu ser contratado para atuar 20 horas e exerce 40 horas na atividade de matriciamento.

Percepção do profissional de saúde

Esta categoria aborda a percepção dos profissionais do NASF-AB acerca do Apoio Matricial desenvolvido junto as EqSF, sendo fundamentada a partir do conhecimento construído através dos documentos oficiais e das suas vivências cotidianas, considerando a singularidade de cada experiência.

P4N1: [...]O apoio matricial é um instrumento de trabalho que possibilita a construção coletiva do processo de trabalho, intervenção junto às demandas de saúde por mais de uma equipe que está atuando nessa área de assistência à saúde. Nesse processo, uma equipe apoia a outra para que juntos, a partir de uma realidade dada, eles consigam ver possibilidade, estratégias de atuação frente ao processo saúde – doença de uma área [...]

P1N4: Eu entendo que é um apoio que a gente deve destinar às equipes focando nas suas necessidades para melhorar o serviço, melhorar o atendimento à população. Aí no caso através de discussões de caso, de visitas domiciliares, atendimentos domiciliares, projetos terapêuticos singulares [...]

P3N4: Um apoio que o NASF, nós quanto equipe e equipe com vários profissionais de diversas formações, promove junto a essas equipes de referência como forma de melhor resolutividade dentro daquele território [...] eu entendo que o AM é esse apoio tanto assistencial quanto técnico-pedagógico.

P4N4: É um apoio que o NASF, que é uma equipe multidisciplinar, ele vai apoiar as unidades básicas nas especialidades que elas não têm na estratégia de saúde da família e cada profissional vai dar seu apoio na sua área específica [...]

P3N5: Eu entendo apoio matricial como, pelo próprio nome, como você fosse a matriz e pudesse dar vazão ao que você fosse recebendo de alguma maneira. Algumas vezes a gente mesmo resolve. Nós somos o apoiador e o executor. Outras vezes a gente faz os encaminhamentos devidos pra onde for necessário, dependendo da demanda [...].

Foi unânime entre os participantes o uso das seguintes ferramentas no desempenho das atividades de Apoio: discussão de casos clínicos, projetos terapêuticos singulares (PTS), intervenção conjunta, assistência direta ao usuário e projetos de saúde intersetoriais.

Fragilidades da rotina de trabalho dos profissionais do NASF-AB

Para o desenvolvimento do trabalho de apoiador faz se necessário acesso a um conjunto de elementos fundamentais para que o profissional tenha ações ágeis, eficazes e resolutivas. Uma vez que tais elementos não são garantidos ou quando oferecidos com significativa limitação, podendo impactar qualidade, inclusive, acarretando impactos negativos e significativos para a equipe, para o usuário e para o serviço.

1. Condições de trabalho e recursos materiais

Nessa subcategoria encontram-se os discursos dos profissionais insatisfeitos devido à falta de recursos básicos para a realização das atividades junto as equipes e aos usuários, sendo exposto como algo que resulta na precarização do atendimento, implicando diretamente na não execução das competências que regem o sistema de saúde.

P1N3: [...] é, em relação aos recursos materiais, estão precisando de recursos materiais para desenvolver o trabalho. Já vem há alguns anos que não existe aquisição de materiais para serem desenvolvidos. Isso aí a gente precisa urgente para melhorar e qualificar mais as nossas ações.

P2N4: Sem material, sem apoio é bem complicado[...] às vezes, a gente chega em UBS que não tem nem onde a gente se reunir e a gente tem que se reunir embaixo de uma árvore.

P4N4: Nós não temos um carro disponível pra gente se deslocar até as UBS, não existe esse mesmo carro para gente fazer visitas domiciliares. O atendimento ele é feito, se é feito, se é pra ser feito é feito no carro próprio porque não tem carro disponibilizado da SMS. Outra coisa que não temos são computadores, nós não temos espaço físico, espaço físico para reuniões nossas. Nossas reuniões, quando aconteciam, eram nas residências dos participantes, não temos materiais disponíveis. Os nossos materiais, os instrumentos que são criados, todos são criados com recursos próprios. Computador, impressora, papel, tinta que não tem. Tudo é gasto com nosso dinheiro que nós recebemos para trabalhar. Também segurança que a gente não tem nas UBS... quando nós vamos as UBS nós registramos com fotos nossas atividades, com fotos para incluir em relatórios e a gente chega as UBS e as vezes ninguém desce com celular com medo de ser assaltado[...] Com medo de descer, com medo de trabalhar. Como é que se trabalha com medo?

2. Fragmentação da carga horária

A carga horária fragmentada é um dos aspectos mais vivenciados e expressos pelos profissionais apoiadores. Tal fato demonstra a desarticulação dos processos de trabalho, limitando a realização das atividades e repercutindo na improdutividade do apoio.

P2N1: [...] outra dificuldade que é a questão da nossa carga horária, que agora nós estamos direcionados 20h para o apoio matricial e não 40h. Então, se já existia dificuldade com as 40h, agora com 20h, a gente encontra mais dificuldades ainda para chegarmos juntos, ter todo mundo para marcar uma reunião, participar toda a equipe, o agente de saúde, os enfermeiros.

P1N4: A dificuldade, atualmente, é a fragmentação. Cada um, no caso, vai correr muito voltado para sua área-competência. Eu acho que dificulta muito essa fragmentação, dificulta o macro, no caso, dificulta a questão de planejamento, de atividades, de estudos. Tudo fica muito fragmentado, você corre muito para dar conta do que, muitas vezes, é mais individualizado.

[...] 20h para um grande número de equipes e UBS é bem complicado, porque se você tem 20h para o NASF e 20h para outra atividade acaba que você fragiliza os dois, não consegue se doar tanto [...]

P4N4: Hoje, o NASF está totalmente descaracterizado. Ele não existe mais. A realidade é muito limitada. Cada profissional, ele vai à UBS separado, não existe mais reuniões de

equipes da gente... ter as 40h dedicadas somente para o NASF, onde cada equipe de NASF teria o tempo para organizar as suas atividades, planejar as suas atividades como equipe. Outro momento planejar com a equipe, com cada equipe de UBS e, daí por diante, iriam ser traçadas estratégias para melhor atender aquela necessidade da UBS. Hoje, isso não é possível. A gente, é apenas um faz de conta.

Entraves na relação NASF-AB e EqSF

Esta categoria foi formada a partir da percepção das relações de trabalho construídas entre as equipes de apoio e as equipes apoiadas. Há fragilidades importantes na construção dessas relações dialógicas que vão de encontro com as perspectivas da metodologia de apoio matricial, uma vez que esta depende da existência de espaços coletivos com algum grau de cogestão.

1. Relações interpessoais

Estão classificadas nesta subcategoria as repetições relativas ao relacionamento difícil entre as equipes, interferindo em um ambiente de convívio saudável e resolutivo. Dessa forma, ela irá abordar os entraves vivenciados que são prejudiciais ao cuidado integral do usuário e a educação permanente dos trabalhadores em saúde.

P4N1: [...] um dos grandes desafios do trabalho de matriciamento e outro que dependem como um todo é exatamente essa relação das equipes, essa construção, realmente, de uma forma comprometida, onde cada um possa saber de uma forma mais construtiva. Então, eu diria que essa relação de equipe ela é fundamental e é necessária para que o trabalho seja desenvolvido e os objetivos alcançados [...] Para que as coisas aconteçam bem as pessoas têm que se relacionarem bem e, muitas vezes, muito entraves se dão nessa relação, nesse processo, onde a gente não consegue, ainda, complementar-se como uma equipe 'multi', interdisciplinar e aí conseguir realmente evidenciar trabalhos com esse objetivo [...] a gente percebe que a apoiada porque se não houver adesão da equipe apoiada da estratégia e da atenção básica, fica inviável o processo, porque o matriciamento surge de uma necessidade, de uma demanda, e você precisa ter essa relação de busca e retorno, uma via de mão dupla [...]

P1N5: Eu acho que o maior desafio é a questão mesmo do trabalho em equipe. Até mesmo com relação entre os componentes de NASF como também junto à equipe de

estratégia [...] é a gente sempre que procura “não vamos deixar pra tal dia”, aí sempre vai deixando pra depois e por aí vai.

A gente sempre no final do mês para o início do outro é gerado uma agenda de trabalho, onde lá a gente vai traçar todas as atividades que vão acontecer, praticamente, o mês inteiro. Aí a gente senta com a equipe de estratégia, planeja, monta o cronograma [...] quando chega lá, aí tá cancelado, não informam para gente. É essa comunicação que também é meio falha.

P1N3: “...a gente precisa aumentar a nossa comunicação, nosso diálogo. Ainda há muito, nesse aspecto, a desejar em termos de planejamento em conjunto, decisões que devem ser tomadas em conjunto. Muitas vezes, a gente observa em algumas ações falta de comunicação, num momento que foi cancelada por um motivo ou por outro, as equipes têm que aumentar essa comunicação.”

2. Adesão da equipe apoiada

É nítido nos discursos dos participantes a dificuldade de entendimento das equipes referenciadas quanto ao papel do NASF-AB na Atenção Primária de forma que o trabalho especializado, muitas vezes, não é entendido como um apoio.

P4N1: [...] quando a gente, até de forma espontânea, propõe matriciamento, e a gente não consegue efetivá-lo muitas vezes por falta dessa adesão, desse entendimento que a equipe precisa caminhar junto.

P2N3: O principal desafio que eu vejo é a própria equipe de estratégia da saúde da família, da atenção básica. A gente deveria receber mais demandas deles: agentes comunitários de saúde, dos enfermeiros e, a gente recebe, mas é muito pouco.

P3N4: [...] a gente trabalha à medida que as equipes de referência nos solicitam, buscamos. Então, se a equipe trabalha e busca nosso trabalho e quer ter uma boa integração o trabalho flui melhor. Quando não, quando não tem essa boa integração, quando a equipe não está bem na base, aí já não acontece. Não flui tão bem o trabalho da gente junto a essas equipes.

Reorganização da assistência

A reorganização da assistência é de fundamental importância para propiciar ao usuário atenção integral e resolutiva sobre sua condição de saúde. Reveste-se de importância a participação do trabalhador na organização e planejamento do trabalho, uma vez que esta seja um impasse na estrutura de governo, a atuação individual acaba se sobressaindo em detrimento do coletivo.

1. Falta de integração da rede de atenção à saúde para encaminhamentos

Diante dos diagnósticos e da conduta empregada, muitas vezes, faz-se necessário dar seguimentos aos usuários atendidos via encaminhamento para que eles possam ter respostas mais eficazes para suas condições. Contudo, a desarticulação do serviço é o percalço da saúde, com listas de espera numerosas e falta de profissionais qualificados. Assim, há sobrecarga de trabalho, queda da qualidade no serviço prestado e falta de resolutividade na assistência prestada.

P2N5: [...] a dificuldade é que a gente não tem pra onde encaminhar e quando a gente tem, nós esbarramos nas dificuldades, listas de espera... eu não tenho recursos pra poder melhorar o atendimento daqueles usuários, às vezes eu não tenho nem pra onde encaminhar, né? Ou quando tenho pra onde encaminhar, esbarra nas listas de espera. Entendeu? Então, assim, você fica com o problema na mão sem ter como tá dando um direcionamento objetivo.

P3N5: Eu acho que o principal desafio, pelo menos na minha área da psicologia, é ter pra onde encaminhar. [...] dar resolutividade. Porque, assim, algumas vezes a gente recebe casos que a gente precisa... é... fazer uma referência, depois ter uma contra referência, a gente esbarra já na referência porque a gente não tem profissional na rede pra receber. Então, acho que assim, a gente esbarra muito na continuidade, na contra referência, sabe. A gente não tem, principalmente, a especializada, a gente não tem profissionais suficientes para dar vazão ao que a gente recebe. Então, a gente acaba ficando com muita coisa pra ir, pelo menos, amenizando.

2. Participação no planejamento das ações

A partir dessa subcategoria foi possível observar que há o predomínio da visão tradicional de gestão, com o poder sendo exercido de cima para baixo, porém há, com grandes limitações, um esboço de cogestão no planejamento das ações entre as próprias equipes. Logo, isso é revelado como um aspecto fundamental na problematização das práticas de gestão nos processos de trabalho dos apoiadores.

P4N1: Sim, através de reuniões mensais onde a gente avalia as atividades desenvolvidas, avalia os processos de trabalho e a partir de uma demanda, a partir de uma necessidade real, a gente planeja e cria, pensa estratégias de atuação para uma melhora da atuação da equipe do NASF.

P1N1: [...] devido a esse novo arranjo que eles estão implantando junto ao NASF está ficando bem difícil. Mesmo de nos encontrarmos entre a própria equipe como também equipe e a secretaria.

P3N4: [...] porque o nosso trabalho em equipe para esses vários olhares sobre uma situação tá mais complicado porque a gente não tem tanta condição, hoje, de se reunir, de planejar, de organizar. Então, está muito na esfera individual de cada profissional junto à equipe de referência [...] Em relação à SMS: Não, geralmente, vem como uma determinação do que realizar [...] É mais direto. De cima para baixo.

P4N5: [...] NASF e Atenção Básica com essas reuniões que a gente tem sempre [...] E com isso a gente constrói as agendas junto, principalmente, as atividades coletivas [...] Junto à SMS a gente já recebe pronto, tipo as atividades, o que acontece durante o ano, as atividades de saúde da mulher, outubro rosa, dezembro vermelho... o resto é tudo pronto [...]

Descontinuidade da assistência

Esta última categoria aborda o apoio dado aos profissionais pela gestão municipal. Destaca-se a falta de capacitação e de direcionamento para com eles, sobressaindo o trabalho individual.

P4N4: Já foi desenvolvido antes o trabalho, realmente, de uma equipe multidisciplinar, aonde os profissionais iam lá. Mas hoje, qual é a realidade? A realidade é muito limitada. Cada profissional ele vai à UBS separado, não existe mais reuniões de equipes da gente, não existe mais um apoio que preparava a gente para falar os equipamentos que tem no município, de forma que a gente pode introduzir, pode melhorar. Não existe mais isso.

P3N5: [...] a gente já teve uma época melhor em que a gente discutia mais, que a gente tinha reunião de planejamento mensal, que a gente conseguia fazer a coisa mais coesa, hoje, a gente tá mais solto, depois dessa redução de carga horária. Eu acho que, por exemplo, a gente voltar o NASF, voltar a essência que a gente tinha que era trabalhar prevenção, promoção em saúde. Atualmente, a gente tá mais fazendo assistência. Com isso, isso foi a partir desse ano, isso esfacelou muito a equipe. A gente tá fazendo muita assistência, então cada um tá fazendo o seu... não tá fazendo ações coletivas como, realmente, deveria ser, como a gente fazia antigamente. Essa nova visão da gestão atrapalhou muito nesse sentido.

Discussão

O Apoio Matricial em saúde, desenvolvido pelas equipes NASF-AB deve assegurar retaguarda especializada aos profissionais e as equipes responsáveis pela atenção à saúde. Nesse contexto, um especialista de determinado núcleo do saber apoia o especialista de outro núcleo de formação.⁷ O matriciamento é, portanto, uma metodologia que visa compartilhamento, corresponsabilização pelas demandas em saúde e apoio à pessoa, família ou comunidade.⁸

Assim, o Atendimento Conjunto consiste na realização de intervenções entre o apoiador e a equipe de referência com a intenção de possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos⁹. Ademais, o trabalho produzido pelas equipes depende de ações compartilhadas que são planejadas a partir das demandas dos territórios adstritos.¹⁰

Diante do estudo, observou-se que o papel de apoiador foi bem compreendido, contemplando a construção do trabalho coletivo por meio de suporte técnico-pedagógico e assistencial, proporcionando resolutividade segundo as demandas recebidas. Para isso, faz-se uso de um cardápio amplo de atividade, contemplando quase a totalidade dos instrumentos recomendados pelas diretrizes do NASF-AB.

Diante disso, busca-se reconstruir a “interconsulta” e os “sistemas de referências e contrarreferência. Desta forma, o Apoio Matricial tem na sua dimensão de suporte técnico-pedagógico um apoio educativo para as Equipes de Referência, além da realização de ações conjuntas, contribuindo com o aumento da capacidade resolutiva destas equipes e qualificando-as para uma atenção ampliada contempladora da complexidade da vida dos sujeitos¹¹. Logo, esse método de trabalho é capaz de construir dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e do território, além de estimular a articulação entre os profissionais para o desenvolvimento de ofertas de acordo com as situações apresentadas e romper com a excessividade de encaminhamentos às especialidades⁵.

Apesar de todo o processo ser acompanhado de grande otimismo, há dificuldades marcantes em traduzir a sua lógica de trabalho, tais como a precariedade das infraestruturas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), alta rotatividade de profissionais, dificuldades na organização dos processos de trabalho e baixa integração com os outros serviços da rede de saúde³. Diante das dificuldades enfrentadas de apoio e de suporte para executar as ações, torna-se contraditório as informações apresentadas acima quanto às ferramentas utilizadas nas atividades. Então questionamos: todas essas ações são efetuadas?

Assim, as dificuldades retratadas pelos profissionais demonstram a insatisfação e a fragilidade da atenção diante de uma situação de desorganização, falta de investimento e descaracterização do NASF. Merece destaque, entretanto, o compromisso e o esforço pessoal diante das condições que lidam diariamente, construindo um significado positivo de seu trabalho para tentar promover o bem-estar do

outro, no caso o usuário do serviço de saúde. É colocada, ainda, a insuficiente estrutura da AB para atender as demandas dos serviços das equipes de matriciamento, uma vez que não dispõem de espaços para que suas atividades sejam desenvolvidas. Além disso, também há necessidade de recursos próprios para a concretização das ações.

A ausência de infraestrutura e a inexistência de espaços adequados ao desenvolvimento de atendimentos compartilhados leva, muitas vezes, ao cancelamento das atividades¹². Percebe-se, portanto, que para o desenvolvimento das atividades relacionadas ao matriciamento é fundamental que as unidades disponham de estrutura mínima. Outro ponto relevante pauta-se nas dificuldades quanto à disponibilidade de transporte, uma vez que mesmo que os municípios se proponham a ofertar veículos para os trabalhadores, no cotidiano, eles encontram obstáculos para fazer uso deles.

Embora haja investimentos provenientes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, a inadequação de estrutura e de insumos das UBS, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, podem estar associadas ao baixo desenvolvimento econômico e a oferta de serviços².

O presente estudo apontou opiniões incisivas no tocante a carga horária destinada às atividades dos NASF-AB uma vez que foi relatado a fragmentação das horas dividindo o trabalhador para o apoio e para outras atividades. Nesse contexto, no que concerne às horas dedicadas ao apoio matricial e suas atividades em relação ao total para que foi contratado, os dados são preocupantes, pois os regimes de trabalho se distribuem em 20 e 40 horas, de forma que 13 profissionais (81,25%) referiram uma carga horária de trabalho de 40 horas e 2 (12,5%) referiram realizar 20 horas semanais. Contudo, 12 pessoas (75%) apontaram dedicar 20 horas/semanais para a atividade de apoio.

A hipótese aventada para isso seria de que há uma concepção restrita dos profissionais sobre a realização do AM e que contabilizaram apenas as horas referentes às atividades em equipe e as ações junto às equipes apoiadas, deixando de fora atividades como atendimentos individuais e visitas domiciliares, por exemplo. Portanto, há prejuízo ao potencial de plasticidade e resolutividade do Apoio com o risco de tornar-se meramente burocrático¹⁰. Também essa forma de atuação vai de encontro à PNH 2003, uma vez que ela manifesta o interesse pela inclusão dos usuários para promover o fim das filas, a hierarquização dos riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.

Ademais, a diferença na jornada de trabalho, além de gerar a fragmentação dentro da equipe, leva a sobrecarga aos profissionais que devem articular dois turnos de tarefas.⁵

Ainda, a comunicação no trabalho em equipe é apontada como um dos elementos que mais merece investimento, pois o diálogo em meio aos conflitos pode ser capaz de promover pactuação, compartilhamento de responsabilidade e decisões entre os trabalhadores.¹³ As entrevistas conseguiram

captar uma importante falha no entrosamento e na comunicação entre os envolvidos, assim, o relacionamento entre eles mostra-se comprometido, faltando responsabilidade para com o outro. Foi notório, além disso, que para os entrevistados há falta de compreensão por parte da EqSF de qual é a finalidade do Apoio Matricial na atenção básica, uma vez que as solicitações e as atividades existem, porém são muito aquém do potencial de alcance do NASF-AB.

Tal fato é relevante, pois vai na contramão do preconizado pela PNH (2003), uma vez que esta objetiva a construção de trocas solidárias, comprometidas não só com a produção de saúde, mas também a produção de sujeitos para, então, potencializar a corresponsabilização.

Muitos desafios surgem quando uma nova prática é introduzida a um processo de trabalho já organizado. A institucionalização de equipes com distintos profissionais integrando-se à equipe de saúde da família, que tem sua forma de atuação há certo tempo já organizada e consolidada, é considerada uma tarefa desafiadora, pois algumas rotinas têm que ser mudadas e, com isso, desconfortos são gerados.¹⁴

Portanto, quanto aos aspectos relacionais, para que haja colaboração deve haver consciência por parte dos profissionais quanto a sua interdependência e importância de geri-la, traduzidas no sentimento de pertencimento e confiança mútua³.

Assim, personalização dos vínculos de trabalho, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre a equipe de apoio e a equipe apoiada permitirão o cuidado compartilhado e a educação permanente desses profissionais, uma vez que as diferentes formações ampliam a comunicação¹⁵. Desse modo, é de fundamental importância que os profissionais envolvidos apresentem disponibilidade pessoal e institucional, pois se a equipe não estiver aberta para inserir encontros em seu trabalho não conseguirá realizar a função de apoiador.¹⁶

Inserir-se, ainda, a organização da assistência à saúde, em um contexto de falta de integração na rede associada ao desfalque de profissionais, levando a ação unidirecional do apoiador, além das extensas listas de esperas, prejudicando os resultados resolutivos do processo saúde-doença. Em vista disso, é possível supor que a atenção no Brasil, nesta região, ainda não reúne condições materiais e simbólicas para garantir o acesso e a articulação com os demais pontos da rede que integra o sistema. Consequentemente, a descontinuidade e a fragmentação de PTS acentuam-se quando o cuidado iniciado na AB depende de outro serviço integrante. Além disso, devido à escassez de serviços especializados, ocorre uso errôneo do NASF-AB, pois este é utilizado como substitutivo desses serviços para suprir uma falha da saúde e, desse jeito, tira-se proveito de um meio disponível que não foi previsto para tal função.³

Com o intuito de fortalecer os sujeitos e os coletivos dentro da cogestão e de democratização das relações de poder, o diálogo supervisão-apoio contribui para transformar a gestão hierarquizada em modelos horizontalizados¹⁷. O AM é uma metodologia proposta a fim de se compartilhar sem esvaecer a responsabilidade, quebrando com a visão taylorista dos modelos de saúde que retira do trabalhador a iniciativa devido à adoção de protocolos e diretrizes que automatizam o trabalho¹⁸.

As entrevistas mostram, também, que o processo de gestão na saúde obedece aos modelos tradicionalistas de forma a construir relações de poder de cima para baixo. Entretanto, destaca-se o empenho individual dos próprios integrantes do NASF-AB em desenvolver uma gestão compartilhada por meio da pactuação e da formulação de tarefas. Nesse sentido, buscam por meio da ação junto às equipes, fomentar práticas de assistência à população, responsabilizando-se pelos territórios. Não obstante, a descontinuidade da assistência é apontada como um entrave importante no percurso da atividade matricial, percebe-se que há um sentimento de incapacidade diante dos seus deveres como sujeito apoiador, pois a falta de supervisão e de capacitação limita as ações desenvolvidas. É possível correlacionar tal fato à forma de ingresso na função atual, uma vez que todos os participantes apontaram ter ingressado como apoiador por meio de indicação. Isso também é representado no fato de apenas 8 (50%) dos entrevistados referirem receber supervisão por parte da SMSM.

Diante desse cenário, a educação permanente configura-se como estratégia de extrema importância para qualificar a atuação dos trabalhadores nas dimensões técnicas, políticas e sociais, pois a magnitude dela constitui-se em seu caráter transformador da realidade dos serviços e das necessidades da população¹². Desse modo, as diferentes formações profissionais podem ampliar a comunicação entre si.

A existência de espaços coletivos e de cogestão, onde haja compartilhamento de objetivos e estratégias de atuação, podem potencializar a efetivação do NASF-AB, o apoio matricial e a integração entre EqSF e NASF-AB². O modelo de gestão participativa é centrado no trabalho em equipe, na constituição coletiva – planeja quem executa¹⁹.

Assim, ficou evidente que havia uma gestão centralizada na saúde, evidenciando mais os agenciamentos no microcontexto¹⁸.

Por fim, devemos considerar que a gestão do Sistema Único de Saúde é permeada por um contexto de influências políticas locais, estaduais e federais que determinam as práticas de saúde, interferindo nas relações de poder e na tomada de decisões²⁰.

Considerações finais

O presente estudo aponta como pontos frágeis e que vão de encontro à promoção do Apoio Matricial: fragmentação da carga horária, ações educativas insuficientes e construção quase que unidirecional da gestão. Tais questões mostram-se relevantes, uma vez que podem impedir a continuidade da utilização da metodologia.

Destarte, para rever algumas possibilidades de estratégia a fim de superar tais dificuldades é importante considerar a necessidade da sensibilização de gestores e profissionais para assumirem a educação permanente como ação inerente e não dissociada da atenção à saúde. Isso pode ser construído por meio de parcerias com o Núcleo Regional de Saúde (NRS). Sugere-se também maior nível de articulação entre equipes e gestores através do Método Paidéia²¹ para que a coordenação e o planejamento do trabalho em equipe sejam realizados com o envolvimento de todos os atores sociais. O Apoio Paideia é uma metodologia para instrumentalizar esses conceitos devido aos seus vários eixos de atuação, assim, pode ser utilizada na gestão (apoio institucional), nas relações interprofissionais (apoio matricial) e na relação clínica (clínica ampliada).²²

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília – DF, 2009.
2. Brocardo, D; Andrade, CLT; Fausto, MCR; Lima, SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1):130-144.
3. Melo, EA; Miranda, L; Silva, AM; Limeira, RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1):328-340.
4. Orué, AL; Souza, AS; Ferla, AA; Nascimento, DDG; Santos, MLM. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura. *Saúde em Redes*. 2018; 4(3):159-177.
5. Anéias, TV. Apoio Matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise da região norte do município de São Paulo. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no sus*. 2017. São Paulo: Hucitec, 8:176-206,.
6. Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. 70; 2011.
7. Cunha, GT; Campos, GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(4):961-970.
8. Barros, JO; Gonçalves, RMA; Kaltner, RP; Lancman, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(9):2847-2856.

9. Oliveira, GN. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Campos, GWS; Guerreiro, AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, cap. 11:273-282; 2013.
10. Castro, CP; Oliveira, MM; Campos, GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1625-1635.
11. Campos, GWS; Cunha, GT; Figueiredo, MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
12. Bispo Júnior, JP; Moreira, DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(9): e00108116.
13. Souza, TS; Medina, MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1):145-158.
14. Nascimento, CMB; Albuquerque, PC; Sousa, FOS; Albuquerque, LC; Gurgel, IGD. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018; 16(3): 1135-1156.
15. Campos, GWS. Projeto terapêutico e estratégias de promoção em situação de apoio matricial. In: Campos, GW. Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS. São Paulo: Hucitec, 2017.
16. Oliveira, GN. Devir apoiador= uma cartografia da função apoio. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas - SP, 2011.
17. Bellini, M; Pio, DAM; Chirelli, MQ. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. *Saúde em Debate*. 2016; 40(108):23-33.
18. Campos, GWS; Castro, CP; Fernandes, JA; Anéas, TV. Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no sus. São Paulo: Hucitec, 2017.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Humaniza Sus: Política Nacional de Humanização. Brasília - DF, 2003.
20. Pinafo, E; Carvalho, BG; Nunes, EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1511-1524.
21. Campos, GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.
22. Viana, MMO; Campos, GWS. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34(8): e00123617.

Como citar: Falcão MM, Granjeiro RFO, Nascimento EGC. A Percepção dos Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica sobre o Apoio Matricial. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p177-193

Recebido em: 24/07/20

Aprovado em: 13/12/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p195-214

Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco, Brasil: estratégias de implementação

Permanent Health Education Policy in Pernambuco, Brazil: implementation strategies

Juliana Siqueira Santos

Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Federal de Pernambuco), Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, Diretora Geral de Educação na Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Brasil.

E-mail: jucasiqueira@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-4784-56395231

Célia Maria Borges da Silva Santana

Mestra em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde, Diretora Geral da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Brasil.

E-mail: celiambasantana@hotmail.com.

ORCID: 0000-0003-1926-6418

Emmanuelly Correia de Lemos

Doutora pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Estadual de Pernambuco, Recife, Brasil. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Secretaria de Saúde de Pernambuco, Brasil.

E-mail: emmanuellylemos@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-1450-6160

Luisa Macedo Cavalcante

Mestre em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, Brasil.

E-mail: luisamcavalcante@gmail.com.

ORCID: 0000-0001-7454-0462

Luciana Camêlo de Albuquerque

Mestre em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, Brasil. Secretaria de Saúde de Pernambuco, Brasil.

E-mail: lucianacamel@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-3750-2891

Neuza Buarque de Macêdo

Mestre em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, Brasil. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Secretaria de Saúde de Pernambuco, Brasil.

E-mail: neuzabuarque@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-3401-6417

Gustavo Rego Muller de Campos Dantas

Mestre em Educação Profissional, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ, Brasil. Secretaria de Saúde de Pernambuco, Brasil.

E-mail: gustavormcd@yahoo.com.br.

ORCID: 0000-0003-0758-6211

Resumo:

Objetivo: Analisar as estratégias de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no estado de Pernambuco, Brasil. **Percurso Metodológico:** Estudo descritivo de abordagem

qualitativa. Realizou-se análise documental do Plano de EPS (2019-2022) e os relatórios oficinas regionais realizadas em 2019. Utilizou-se a análise de conteúdo temático para exame e organização das discussões contidas nos relatórios. Tomou-se como referência o ciclo de políticas públicas, voltando-se para a análise de implementação. **Resultados:** As oficinas contemplaram 548 participantes, 39,78% de segmento gestor, 14,96% conselheiros de saúde, 4,56% representantes de movimentos sociais, 25,00% de segmento trabalhador e 15,70% de instituições formadoras. Identificou-se um conjunto de estratégias com vistas à implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), agrupadas por similaridade das temáticas nas seguintes categorias: 1. institucionalização da PEEPS; 2. estruturação e funcionamento das comissões de integração ensino-serviço (CIES); 3. estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e municipais de EPS. Verificou-se a necessidade de desenvolvimento da institucionalização da política de EPS no âmbito municipal, o financiamento tripartite e a participação efetiva do quadrilátero da formação para a área da saúde, a saber: ensino, gestão, atenção e controle social. As residências em saúde se destacam como importante estratégia formativa de profissionais e desenvolvimento dos serviços e da regionalização. **Considerações finais:** Os desdobramentos do plano nas regiões de saúde foram fundamentais para mobilização de atores no desenvolvimento das CIES, no reconhecimento e incentivo à implantação das políticas municipais e na construção de estratégias coletivas para o desenvolvimento da PEEPS.

Palavras-chave: Política de saúde; Educação permanente; Implementação de plano de saúde; Regionalização; Sistema Único de Saúde.

Abstract:

Objective: Analyze the strategies for implementing the Permanent Health Education Policy in the state of Pernambuco, Brazil. **Methodological path:** descriptive study with a qualitative approach. In 2019, we carried out a documentary analysis of the EPS Plan (2019–2022) and the reports of the regional workshops. We used thematic content analysis to review and organize the discussions contained in the reports. We take the public policy cycle as a reference, turning to the analysis of implementation. **Results:** The workshops included 548 participants, 39.78% from government, 14.96% from health counselors, 4.56% from representatives of social movements, and 25.00% from workers, and 15.70% from educational institutions. A set of strategies were identified with a view to implementing the Policy on Continuing Education in Health in the state, grouped by similarity of themes into the following categories: 1. institutionalization of the Policy on Continuing Education in Health (PEEPS); 2. structuring and functioning of teaching-service integration committees (CIES); 3. structuring and development of regional and municipal EPS plans. We verified the need to develop the institutionalization of the policy at the municipal level, the tripartite financing, and the effective participation of the quadrilateral in the formation for the health area, i.e.: teaching, management, care, and social control. Health residences stand out as an important formative strategy for professionals and the development of services and regionalization. **Final considerations:** The developments of the plan in health regions were fundamental for mobilizing actors in the development of CIES, recognizing and encouraging the implementation of municipal policies and building collective strategies for people's development.

Keywords: Health Policy; Education, Continuing; Health Plan Implementation; Regional Health Planning; Unified Health System.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas atribuições a ordenação da formação de profissionais para o setor, sendo a estruturação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (MS), em 2003, um marco no reconhecimento da relação entre educação e trabalho na saúde e da educação em serviço como política pública. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surgiu no período com o desafio de consolidar iniciativas que aconteciam em diversas localidades, no sentido de aproximar instituições formadoras, ações e serviços e saúde, constituindo-se como espaço de mobilização de recursos e poderes para fazer avançar os processos de mudança na formação e o fortalecimento do SUS¹.

O documento Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, aponta, aos Estados-membros, três linhas de ações estratégicas e intervenções para o desenvolvimento das políticas e dos planos de recursos humanos: fortalecer e consolidar a governança e a orientação dos recursos humanos para a saúde; desenvolver condições e as capacidades dos recursos humanos para a saúde a fim de ampliar o acesso e a cobertura de saúde com equidade e qualidade; acordar com o setor educacional o atendimento das necessidades dos sistemas de saúde em transformação no sentido do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde².

Nesse contexto, é importante destacar que a institucionalização da política de gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil, apesar de recente, trouxe impactos ao adotar estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros³. A educação permanente em saúde, nesse caso, ao se constituir como política nacional, se apresentou como bandeira de luta por uma educação alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, abarcando as relações de aprendizagem e processo pedagógico interinstitucional, repercutindo nos setores da saúde e da educação, no controle social em saúde e na relação interfederativa⁴.

A implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) nos estados e municípios aconteceu de forma diversificada, marcada pelo contexto, movimentos locais, grau de regionalização, entre outros aspectos⁵. No estado de Pernambuco, mais fortemente a partir de 2009, o movimento consistiu na implantação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) estadual e regionais, utilizando-se de encontros, oficinas regionais e da metodologia do apoio institucional para dar suporte ao processo de regionalização e elaboração dos planos regionais de educação permanente em saúde⁶. Foram consideradas questões fundamentais para a implantação da política estadual as diretrizes

de regionalização desenvolvidas pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria GM/MS n. 1.996/2007, o financiamento federal através do bloco de gestão e o protagonismo da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)⁶.

Pernambuco está situado na Região Nordeste do Brasil e é dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife, Agreste, Sertão, Vale do São Francisco e Araripe) e doze Regiões de Saúde. A Política de Educação Permanente em Saúde no estado se desenvolve orientada pelas diretrizes nacionais, mas é marcada pelo contexto e movimentos locais, dotada de uma estrutura de doze CIES regionais e uma CIES estadual, uma Escola de Saúde Pública com vasta trajetória na educação profissional em saúde e em cursos de qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS estadual, sendo ainda, referência na gestão e financiamento das residências em saúde.

A despeito da ausência de novas formulações e de financiamento federal para políticas e programas no âmbito da educação na saúde, e após dez anos do início do movimento de estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde em Pernambuco, o processo de construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (2019-2022) configura-se como estratégia de resistência e ação para concretizar a educação permanente em saúde como dispositivo ordenador da formação e desenvolvimento de trabalhadores, das relações ensino-serviço e das interações ensino-atenção-gestão-participação⁷.

O Plano de Educação Permanente em Saúde e a Política de Gestão da Educação na Saúde guardam relações orgânicas de correspondência e convergência, buscando promover e integrar as ações formativas, incentivar capacidades pedagógicas e valorizar as potencialidades que o trabalho em saúde apresenta em seu cotidiano⁷, organizado nos seguintes eixos: governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; desenvolvimento da gestão e do controle social no SUS; desenvolvimento e disseminação da capacidade pedagógica no SUS; Rede SUS Escola; desenvolvimento da atenção – redes integradas e linhas de cuidado; comunicação e gestão do conhecimento aplicado ao SUS.

Destaca-se, nesse contexto, o papel do Ministério da Saúde, ainda em 2017, quando incentivou a elaboração de planos estaduais de educação permanente em saúde por meio do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS)⁸. Considera-se que a indução de elaboração de planos estaduais de educação permanente em saúde em todos os estados e no Distrito Federal, após seis anos sem novo financiamento ou formulações para a área, fortaleceu o debate nacional sobre a necessidade da retomada da Política de Educação Permanente em Saúde pelo Ministério da Saúde.

No estado de Pernambuco, a construção do Plano de Educação Permanente em Saúde mobilizou gestores municipais e estaduais, trabalhadores da saúde, controle social, instituições formadoras, movimentos sociais, de modo que servisse de instrumento político para a construção de estratégias coletivas de implementação e sustentabilidade da política estadual. Nesse contexto, considera-se fundamental a análise dos desdobramentos da discussão em torno do Plano de Educação Permanente em Saúde nas regiões de saúde, realizada por meio de oficinas regionais, visto que a mobilização dos diversos atores locais teve como principais objetivos a reflexão e ação em torno da implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Toda política pública está associada a construções históricas, com trajetórias gerais e específicas, permeadas por instituições e sujeitos, que definem práticas e processam caminhos para a ação cotidiana⁹. A análise de políticas é um campo complexo e são diversas as abordagens e perspectivas teóricas e metodológicas. A ideia de ciclo da política, apesar das críticas ao seu caráter funcionalista, tem sido frequentemente utilizada por permitir uma análise por momentos ou fases do processo político: o reconhecimento do problema e a montagem da agenda, formulação da política e tomada de decisão, implementação da política, avaliação de políticas¹⁰.

Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo investigar as estratégias de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco, Brasil, considerando o ciclo da política pública, a partir do conteúdo produzido nas cinco oficinas regionais de educação permanente em saúde, etapa do processo de construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para o quadriênio 2019-2022 na categoria “governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde”.

Percurso Metodológico

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que utilizou o método de pesquisa documental. As etapas de elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde em Pernambuco foram: I- Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde; II- Oficina Estadual de Elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; III- Oficinas Regionais para consolidação dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; IV - Oficina de consolidação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde^{7,8,11,12}.

O presente estudo voltou-se para a etapa das oficinas regionais para consolidação dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde. As oficinas de educação permanente em saúde, realizadas nas regiões de saúde no período de junho a agosto de 2019, tiveram como principais objetivos mobilizar e promover a formação política de gestores estaduais e municipais, trabalhadores, docentes e estudantes das instituições formadoras, conselheiros e movimentos sociais. Foram contempladas as doze regiões de saúde do estado, distribuídas conforme quadro 1.

Foram selecionados os documentos: Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e os relatórios das cinco oficinas regionais, buscando-se identificar os principais problemas e estratégias referentes à implementação da política na dimensão *governança da política estadual de educação permanente em saúde*. Foram consideradas as falas dos sujeitos, em todos os segmentos, presentes nos relatórios das oficinas. Como a atividade não foi gravada, foram considerados excluídos da amostra as falas não registradas no documento final. Os temas emergiram da leitura exaustiva dos documentos e foram organizadas em categorias de análise alinhadas aos objetivos do eixo da Governança do Plano de Educação Permanente em Saúde e à teoria. Foram excluídos os registros relativos aos demais eixos do plano. O Plano de Educação Permanente em Saúde e os relatórios completos estão disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem da ESPPE (<https://ead.saude.pe.gov.br/>).

Como ferramenta de análise dos dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo temático, a qual permite a compreensão dos conteúdos latentes, tornando replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto¹³. A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras, uma busca de outras realidades por meio das mensagens¹⁴. Se organiza nas seguintes fases: a pré-análise, diz respeito ao primeiro contato e a organização do material coletado; a fase de exploração do material, que consiste em uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto; e a de tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação que culmina em uma análise crítica e reflexiva do conteúdo coletado¹³.

A análise dos relatórios foi orientada pela categorização das discussões no eixo governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, cujo material foi organizado de modo a evidenciar os caminhos e desafios da institucionalização e gestão da política. Após a realização de todos os procedimentos, como a leitura dos relatórios, a sistematização dos dados, a organização das categorias com base no que foi coletado, no plano e na teoria, produziu-se uma análise a partir das ideias dos sujeitos e da perspectiva da pesquisadora, estabelecendo-se três categorias temáticas: Institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde; Estrutura e funcionamento das CIES; Estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e municipais de educação permanente em saúde.

Na discussão, tomou-se como referência o modelo do ciclo de políticas públicas, composto pelas seguintes fases: agenda, formulação, implementação e avaliação. A abordagem da “análise de políticas públicas” permite identificar fatores facilitadores e obstáculos ao longo da implementação de uma política. Este artigo volta-se para a análise de implementação, entendendo que nessa fase a política pode sofrer modificações a partir de novas negociações, decisões e formulações, reiniciando, por vezes, o ciclo da política¹⁰. Ainda, é importante destacar a necessária análise crítica do processo político, o arranjo e especificidades do contexto local na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado¹⁰.

Por envolver dados de domínio público, e bancos de dados cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não se necessitou de aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP, conforme Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe Normas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Resultados e discussão

A implementação da política de educação permanente em saúde em Pernambuco: movimentos e estratégias

A construção do plano de educação permanente em saúde de Pernambuco, bem como a realização das oficinas regionais, sedimentou terreno fértil para mudanças, apresentando condições favoráveis no que se refere à mobilização de atores, forças e interesses na implementação da política.

As oficinas consistiram em espaço de debate político, norteado pelo plano de educação permanente em saúde e permeado por uma diversidade de narrativas, visões e trajetórias, representadas pelos segmentos que integram a política estadual nas doze regiões de saúde. Foram cinco oficinas regionais de educação permanente em saúde, contemplando 548 participantes: 39,78% do segmento gestor, 14,96% conselheiros de saúde, 4,56% representantes de movimentos sociais, 25,00% do segmento trabalhador e 15,70% do segmento instituições formadoras (estudantes/residentes/docentes).

A participação dos sujeitos e representantes dos segmentos na elaboração e na apreciação do plano de educação permanente em saúde é fundamental para que as estratégias políticas e as propostas educativas inseridas estejam de acordo com as necessidades das populações.

O eixo governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde apresenta-se descrito no plano estadual com a seguinte finalidade:

“A governança implica em reconhecer e valorizar uma atuação participativa e articulada das instâncias de gestão, promovendo a autonomia dos entes descentralizados e a construção da longitudinalidade e legitimidade da Política de Educação Permanente em Saúde.”⁷.

Esse eixo contemplou discussões quanto à estruturação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e municipais de educação permanente em saúde; assessoramento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e às Comissões Intergestores Regionais (CIR) com a pauta de educação permanente em saúde.

A análise dos documentos buscou consolidar as narrativas dos diferentes grupos presentes, orientando a organização em unidades de análise/categorias que se relacionassem ao eixo governabilidade, conforme descrito no plano de educação permanente em saúde. Os sujeitos participantes das oficinas foram gestores estaduais e municipais, representantes de instituições de ensino, conselheiros de saúde, trabalhadores e representantes de movimentos sociais que pudessem contribuir com o debate regional e estadual da Política de Educação Permanente em Saúde, e com potencial de mobilização, conforme critérios pactuados previamente na Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES).

Apesar das especificidades e da heterogeneidade no desenvolvimento da política nas regiões de saúde foi possível a identificação de um conjunto de situações-problema e elaboração de estratégias com vistas à implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado, agrupadas por similaridade das temáticas nas seguintes categorias: 1. institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde; 2. estrutura e funcionamento das CIES; 3. estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e municipais de educação permanente em saúde.

Como estratégias para avançar na implementação da política, foram elencadas as questões demonstradas no quadro 2.

Caminhos da Institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde

Na **categoria institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde**, foram apontados como desafios a instituição de núcleos municipais, a articulação com as instituições de ensino para desenvolvimento das ações, o fortalecimento do controle social para efetivação das políticas no SUS, a qualificação dos profissionais que conduzem a política nos diversos espaços, a priorização da Política de Educação Permanente em Saúde pelas secretarias municipais de saúde.

Nesse aspecto, observa-se que a educação permanente em saúde é considerada importante dispositivo/ferramenta de gestão pelos municípios. Foram referidas dificuldades para a institucionalização da política nos municípios, destacando-se questões financeiras, de escassez de pessoal, pouca prioridade no uso dos recursos para educação permanente, pouco apoio dos entes federal e estadual na gestão da saúde.

No entanto, observou-se que as dificuldades elencadas não foram postas como barreiras que impossibilitam o desenvolvimento de ações e a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Destacaram-se, entre as experiências municipais, a criação de núcleos de educação permanente em saúde, a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a integração com as instituições de ensino do território.

Ao longo do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde têm sido apresentadas diversas dificuldades para sua institucionalização como política de Estado, especialmente aquelas relacionadas à descontinuidade das diretrizes, ações e financiamento por parte do Governo Federal. Estudo de Ferreira et al. (2019)¹⁵ identificou que os recursos financeiros e humanos foram considerados imprescindíveis para a implementação da política de educação permanente em saúde, reforçando o importante discurso de que há necessidade de investimento, especialmente financeiro, alocado para os processos de educação na saúde.

Gonçalves et al. (2019)¹⁶ destaca em seu estudo que há unanimidade entre as Secretarias Estaduais de Saúde ao apontar que a descontinuidade dos repasses financeiros e a ausência de do apoio técnico do Ministério da Saúde interferem na implementação da PNEPS. Reiteramos que a implementação da educação permanente em saúde enquanto política pública, passa necessariamente pelo reconhecimento desta como prioridade no planejamento em saúde, e conseqüentemente, com alocação de recursos financeiros compatíveis com o desafio de transformação dos processos e da gestão

do trabalho, visando a mudanças nas práticas de saúde e cuidado e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

Outros obstáculos à efetiva institucionalização da política identificados em Pernambuco, corroboram com o apontado por outros autores, tais como a rotatividade das equipes gestoras, consequência das mudanças e sucessivas trocas de secretários e alterações no quadro de servidores nas gestões municipais^{16,17} a incipiente integração das instituições de ensino à rede de saúde e à comunidade^{15,16} a ausência de uma coordenação e um planejamento municipal, como plano, coordenação e núcleo para EPS¹⁷.

Gestão Regional da Política de Educação Permanente em Saúde

Outro aspecto relevante na análise da implementação da política de Educação Permanente em Saúde no estado são as fragilidades ainda presentes na regionalização da saúde. A regionalização é um processo ainda bastante normativo e rígido, que exige intensa articulação política e intersetorial. Demanda, ainda, que sejam respeitadas as especificidades e diferenças locorregionais na constituição dos serviços e na organização das redes de atenção. Observa-se que o desenvolvimento da política de educação permanente em saúde ocorre de forma diferenciada entre as regiões de saúde em função do grau de organização e atuação das instâncias regionais, como as Gerências Regionais de Saúde, Comissão Intergestora Regional, Conselhos Municipais de Saúde e organização dos movimentos sociais.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde consistiu em um esforço para tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino e aprendizagem no exercício do trabalho, tomando como referência as bases locorregionais (regiões de saúde), podendo incidir em territórios sem nenhum suposto hierárquico entre os entes federados, promovendo o diálogo entre governos sem relação de comando⁴. As Comissões de Integração Ensino-Serviço foram instituídas de forma correspondente à cada Comissão Intergestores Regional (CIR), assessorando-a na formulação e desenvolvimento dos planos regionais de educação permanente em saúde, de modo a responder ao previsto na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Art. 14), tornando-se uma instância de gestão do SUS. Compreende-se, a partir dos relatos, que o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde, especialmente por meio da integração ensino-serviço nas regiões de saúde, constitui-se uma estratégia que contribui com o desafiante processo de regionalização do Sistema Único de Saúde.

Ainda no aspecto da governança, os núcleos de educação permanente em saúde dos hospitais estaduais exigem um processo de qualificação de suas estruturas e processos de trabalho. Por fim, reconheceu-se o papel das residências em saúde como estratégia de educação no serviço e de apoio às gestões, bem como a atuação da escola de saúde pública para o desenvolvimento da política no estado e na qualificação dos gestores. Extrai-se, das discussões nas oficinas, a importância da interiorização das residências em área profissional da saúde no estado.

Quanto à **categoria que analisou estrutura e funcionamento das CIES regionais**, observou-se que estão conformadas predominantemente por gestores e com pouca participação dos outros segmentos; apresentam, ainda, algumas fragilidades quanto à participação dos gestores municipais; sofrem interferência das mudanças de gestão, reuniões sem periodicidade definida, reduzida capacidade de formular pautas; têm assessoramento à CIB e as CIR com a pauta de educação permanente em saúde ainda incipiente.

Corroboram com esses apontamentos, os achados de França et al. (2017)¹⁸, identificando entre as dificuldades relatadas por gestores na implantação das CIES: baixa prioridade dada pelos gestores estaduais e municipais à educação permanente, dificuldade da gestão municipal em assimilar a educação permanente como uma política pública de saúde, entraves burocráticos, execução dos recursos, dificuldades no processo de regionalização, rotatividade dos gestores municipais de saúde. Os autores destacam ainda, a baixa presença da educação permanente nas pautas da CIB, dominadas pela discussão assistencial¹⁸.

De acordo com Gonçalves et al. (2019)¹⁶, em alguns estados, evidencia-se a falta de priorização das ações de educação permanente em saúde no processo de planejamento e programação, bem como fragilidade dos processos de planejamento regional, relacionada ao grau de desenvolvimento do processo de implantação e funcionamento das CIES.

A estruturação e o funcionamento efetivo da CIES é considerado um elemento importante para o desenvolvimento das ações educativas, principalmente no que se refere à implantação dos planos de educação permanente em saúde¹⁹. As CIES regionais proporcionam uma agenda de encontros que facilitam a inserção e a participação dos sujeitos, em um ambiente de discussões e trocas de experiências, subsidiando a elaboração de propostas nos planos regionais de educação permanente em saúde¹⁹.

Dentre as estratégias propostas para implementação da política neste aspecto, destacam-se movimentos de recomposição das CIES, regimentos menos burocráticos e mais flexíveis, mapeamento

de atores estratégicos na região com estímulo à participação de todos os segmentos, maior envolvimento das instituições de ensino, reconhecimento das CIES como câmara técnica da CIR pelas gerências regionais de saúde, construção de pautas estratégicas e produtivas.

Instrumentos de Gestão e Planejamento da Educação Permanente em Saúde

A terceira categoria de análise refere-se à estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e municipais de educação permanente em saúde. Observou-se entre estratégias para implementação da política, a elaboração de plano municipal, instituição de núcleos de educação permanente em saúde em diversos formatos e a articulação com atores locais. Como principais parceiras, foram identificadas as instituições de ensino.

O apoio institucional foi referido como estratégico para a elaboração dos planos regionais e municipais. O Plano de Educação Permanente em Saúde aponta a retomada do apoio institucional descentralizado como ação estratégica para incentivar a estruturação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde na sede das regionais de saúde e nos municípios do estado. Além da contratação de equipe de apoiadores, o documento aponta para a estruturação de um itinerário formativo para trabalhadores do território (técnicos e gestores regionais e municipais), na perspectiva da conformação de uma nova rede de apoio institucional nas macrorregiões do estado⁷.

Quanto ao financiamento para elaboração e desenvolvimento dos planos de educação permanente em saúde, observou-se que houve redução dos recursos financeiros destinado pelo Governo Federal ao longo dos anos. Recentemente, por meio do Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS), o Ministério da Saúde repassou recursos para estados e municípios, os quais viabilizaram, nos estados, a construção dos Planos de Educação Permanente em Saúde e, no âmbito municipal, foram destinados à qualificação dos profissionais na atenção primária. Antes disso, o último repasse fundo a fundo para essas ações aconteceu em 2011^{6,16}.

Em relação ao conteúdo dos planos, emergiram nos discursos a importância de interiorizar as pós-graduações e residências em saúde, a necessidade de formação de conselheiros de saúde e a qualificação da preceptoria. Por fim, enfatizou-se o uso de metodologias e estratégias alinhadas às diretrizes da educação permanente em saúde nas ações formativas, de modo que apoiem trabalhadores e usuários na produção de saúde nos territórios.

Entre as estratégias para desenvolvimento e implementação dos planos de educação permanente em saúde, sobressaem a construção de agendas que visem à troca de experiências entre os municípios, a articulação entre sujeitos e estruturas existentes no território (instituições de ensino, núcleos de educação permanente em saúde, movimentos sociais), a identificação e mobilização de novos atores na política e a realização de oficinas de educação permanente por meio das CIES regionais.

Destaca-se a participação dos trabalhadores na gestão da política como questão importante para indicar as necessidades de formação, para que essas não sejam colocadas verticalmente e sem diálogo com o processo de trabalho. Segundo Machado e Neto (2019)²⁰, a participação do trabalhador, percebido como sujeito e agente transformador de seu espaço de trabalho, é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS no âmbito da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

De acordo com Baptista e Mattos (2015)⁹ o estudo de políticas orienta-se pelo reconhecimento de que qualquer política está associada a construções históricas e modos de operar próprios de cada contexto, permeado por instituições e sujeitos que definem práticas e caminhos para a ação política cotidiana. Considerando a reconhecida trajetória da implantação da política de educação permanente em saúde em Pernambuco, a mobilização das regiões de saúde em torno do plano estadual, convocou os diversos atores à responsabilidade com a sustentabilidade e desenvolvimento da política local, a despeito da ausência de definições e ações incipientes no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Segundo França et al. (2017)¹⁸, a fase de implementação tem sido considerada o momento crucial do ciclo de uma política pública, onde as propostas se materializam em ação institucionalizada por meio da atuação dos responsáveis por operacionalizar decisões. Destarte, à medida que se revelam as relações, avanços e desafios que se estabelecem no âmbito da política de educação permanente em saúde em Pernambuco, e se dá voz aos diversos segmentos e sujeitos envolvidos, estratégias e caminhos podem ser construídos de forma coletiva.

Apreende-se, do estudo, que a governança da Política de Educação Permanente em Saúde depende de aspectos como a institucionalização da política nos âmbitos estadual e municipal, o necessário financiamento tripartite, a efetiva participação dos sujeitos que representam o quadrilátero da formação - ensino, serviço, gestão e controle social, tais elementos compõem uma gestão solidária e corresponsável entre as três esferas de gestão.

A despeito da descontinuidade dos incentivos federais para desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, o estado de Pernambuco manteve a estrutura e o funcionamento das

comissões de integração ensino-serviço de forma regional, considerando que o fortalecimento desse espaço é fundamental para a implementação da política, por possibilitar a integração dos sujeitos do quadrilátero⁶, tomando como referência a Lei Orgânica da Saúde e a Portaria GM/MS n. 1.996/2007²¹.

Evidenciou-se que os sujeitos envolvidos na política estadual reconhecem o avanço da política nacional ao promover a apropriação do conceito de “educação permanente em saúde” e do papel do SUS na ordenação da formação de profissionais de saúde para o setor. Em estudo recente, Gonçalves et al. (2019)¹⁶ afirma que os sujeitos que atuam na Política de Educação Permanente em Saúde reconhecem a importância do marco regulatório da PNEPS, e consideram que os princípios e as diretrizes da política continuam válidos. Os autores concluem que o principal problema não é o conteúdo da política, mas as dificuldades enfrentadas no processo de implementação em cada unidade federada¹⁶.

Ceccim^{4,22} destaca o ineditismo na formulação concreta de uma política de educação na saúde, na perspectiva de transformar o trabalho no setor em local de atuação crítica, reflexiva, propositiva e competente, transpondo o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde de normativa constitucional a um campo de ação estratégica em políticas públicas.

Entre as fragilidades destacadas para a implementação da política no âmbito estadual, destaca-se a ausência de repasses financeiros regulares. O debate sobre financiamento perpassa todos os momentos das oficinas, e é discutido não como impeditivo para desenvolvimento da educação na saúde, mas como uma questão necessária e determinante para indicar a valorização da política pela gestão.

Os relatos obtidos nas oficinas apontam quão estratégico é para o setor saúde o investimento na estruturação da política de gestão do trabalho e educação na saúde. Destaca-se a necessidade de articular a educação na saúde com a gestão do trabalho, na perspectiva de valorização dos trabalhadores do SUS e de investimento na estrutura formal de gestão da política nos estados e municípios.

De acordo com Baptista e Mattos (2015)⁹ “uma história específica faz parte também de uma história geral e os desafios locais na construção de uma política são a expressão tanto de dilemas nacionais como de dilemas locais”. Dessa forma, a análise da política de educação permanente em saúde no contexto de instituições, atores e trajetórias no estado contribui para a discussão sobre desafios e possibilidades para a necessária consolidação de uma política de desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde no âmbito nacional.

Considerações finais

No presente artigo foi possível analisar estratégias de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco, Brasil, por meio dos relatórios das cinco oficinas regionais realizadas como etapa da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, selecionando-se um dos eixos, a Governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Destacamos como principais limitações deste estudo, a incorporação de apenas um dos eixos debatidos nas oficinas e o uso dos relatórios, que são um consolidado de impressões e relatos, e não a transcrição explícita de cada fala. De forma complementar a esta análise, se fazem necessários outros estudos que possibilitem uma compreensão mais ampla e complexa das demais interfaces e estratégias da educação permanente que se relacionam ao seu processo de implementação.

As oficinas possibilitaram, à luz da conjuntura política do País, trazer a educação permanente no SUS em Pernambuco ao debate, envolvendo todos os segmentos, de forma participativa e democrática. As discussões realizadas reafirmaram a educação permanente em saúde como estratégia na gestão do trabalho em saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, apontando experiências locais, e desafios como o avanço da regionalização e o adequado financiamento. Foi possível, ainda, debater a incorporação da educação permanente em saúde à agenda dos governos, o papel de cada sujeito e segmento nesse processo e a interseção dessa política específica com a organização das redes de atenção à saúde.

A crescente expansão de cursos na área de saúde no estado tem fomentado a discussão sobre o papel das instituições de ensino, elementos do quadrilátero na estruturação da política e no desenvolvimento das ações de educação permanente em saúde de forma regionalizada. Além disso, as residências em saúde se destacam como importante estratégia de formação de profissionais, desenvolvimento dos serviços e da regionalização.

Nesse contexto, considera-se que os desdobramentos da discussão em torno do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde nas regiões de saúde foram fundamentais para mobilizar os diversos atores no desenvolvimento das comissões de integração ensino-serviço regionais, subsidiar a elaboração dos planos de ação regionais, no reconhecimento e incentivo à implantação das políticas municipais e na construção de estratégias coletivas para o desenvolvimento da política no estado.

As oficinas se caracterizam como importante estratégia de monitoramento e avaliação da política de educação permanente em saúde em Pernambuco, consistindo em ação institucionalizada por parte

da gestão, com vistas a implementar a educação em saúde como política pública, por meio de negociação, definição e sustentação de pactos.

Agradecimentos

Agradecemos a todas e todos das equipes da Diretoria Geral de Educação na Saúde, da Escola de Governo em Saúde Pública e das áreas técnicas do nível central e das Gerências Regionais da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Como também a todas e todos os profissionais e usuários que participaram das estratégias de implementação da PEEPS. Um agradecimento especial aos professores Ricardo Cecim, Itamar Lages e Luciano Gomes pelas contribuições no desenvolvimento das oficinas regionais.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. [livro online]. Brasília: MS; 2003. [acesso em 16 nov 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CSP29/10: Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. Washington, DC: OMS/OPAS; 2017. [acesso em 16 nov 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=41725-csp29-10-p-725&Itemid=270&lang=pt.
3. França T, Magnago C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. Saúde debate [periódico online]. Ago 2019 [acesso em 16 nov 2019];43(spe 1):4-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500004&lng=en&nrm=iso.
4. Ceccim RB. Emergência de um “Campo de Ação Estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. Sanare [periódico online]. Jan-jun 2019 [acesso em 16 nov 2019];18(1):68-80. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1307>.
5. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciênc. saúde coletiva [periódico online]. Jun 2017 [acesso em 29 abr 2018];22(6):1817-1828. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>.
6. Santos JS, Felipe DA. Tecendo os caminhos da implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco. In: PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede. Recife: Secretaria de Saúde; 2019. 451 p.

7. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco. Pernambuco, 2018. [acesso em 16 nov 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PE.pdf>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS. Brasília: Gabinete do Ministro; 2017. [acesso em 30 set 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html.
9. Baptista TWF, Mattos RA. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). Mattos RR, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. [livro online]. Porto Alegre: Rede Unida; 2015 [acesso em 23 nov 2019]. p.83-149 Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>.
10. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. Mattos RR, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. [livro online]. Porto Alegre: Rede Unida; 2015 [acesso em 23 nov 2019]. p.221-Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>.
11. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/PE Nº 5036 de 10 de setembro de 2018. Aprova a proposta para desenvolvimento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPSSUS do estado de Pernambuco. Pernambuco, 2018b.
12. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Relatórios das Oficinas Regionais de Educação Permanente em Saúde. Pernambuco, 2019. [acesso em 16 nov 2019]. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/mod/folder/view.php?id=11673>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: 70; 2011.
15. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZ de, Szpilman ARM, Esposti CDD, Cruz MM da. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. Trabalho, Educação e Saúde [online]. Ago 2016; v.18, n.2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>>.
16. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saúde debate [periódico online]. Ago 2019 [acesso em 23 dez 2019];43(spe 1):12-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500012&lng=en.
17. Peres C, Silva RF da, Barba PCSD. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. Trabalho, Educação e Saúde [online]. Ago 2016; v. 14, n. 03: 783-801. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00016>>.

18. França T, Belisário AS, Pinto ICM, Medeiros KR, Garcia ACP. Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. *Saúde debate*; 41(esp.3): 144-154, set. 2017.
19. Silva LAA, Leite MT, Pinno C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. *Trab. educ. saúde* vol.12 no.2 Rio de Janeiro, 2014.
20. Machado MH, Neto FRGX. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico online]. Jun 2018 [acesso em 16 nov 2019];23(6):1971-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=en&nrm=iso.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Gabinete do Ministro; 2007. [acesso em 01 nov 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.
22. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico online]. Dez 2005 [acesso em 01 dez 2019];10(4):975-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso.

Quadro 1 – Oficinas regionais de educação permanente em saúde (Pernambuco, Brasil, 2019)

Regiões de Saúde	Data de realização	Local	Nº de participantes
I e III	06 e 07 de junho de 2019	Cabo de Santo Agostinho	146
II e XII	13 e 14 de junho de 2019	Cabo de Santo Agostinho	72
IV e V	21 e 22 de agosto de 2019	Garanhuns	150
VII, VIII e IX	27 e 28 de agosto de 2019	Salgueiro	75
VI, X e XI	29 e 30 de agosto de 2019	Serra Talhada	105

Fonte: elaboração dos autores a partir dos Relatórios das Oficinas Regionais de Educação Permanente em Saúde (10).

Quadro 2 – Estratégias de implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde nas oficinas regionais no eixo Governança (Pernambuco, Brasil, 2019)

Categoria de análise	Estratégias
Institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde	Fortalecimento dos colegiados regionais de atenção básica
	Fortalecimento dos colegiados integrados regionais
	Fortalecimento da Escola de Saúde Pública (interiorização das formações)
	Criação de instrumentos que viabilizem a implementação da política
	Comunicação das ações e estruturas de EPS com os trabalhadores
	Criação de estruturas de EPS nas secretarias municipais de saúde
	Apoio das gestões no tempo destinado aos processos de educação permanente em saúde no cotidiano das equipes de saúde
	Integração das ações de educação permanente em saúde aos planos de cargos e carreiras
	Participação dos movimentos sociais e conselhos de saúde na política de EPS
	Integração das ações de educação permanente em saúde nos municípios, regiões e estado
	Utilização de instrumentos de organização e colaboração no âmbito da integração ensino-serviço (Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde)
	Expansão dos programas de residências
	Fortalecimento da regionalização da saúde
	Investir financeiramente
	Aprimoramento do planejamento, sistematização, monitoramento, avaliação da política
Estrutura e funcionamento das CIES	Recomposição das CIES
	Regimentos menos burocráticos e mais flexíveis
	Mapeamento de atores estratégicos na região de saúde
	Estímulo à participação de todos os segmentos
	Estímulo aos processos de educação continuada
	Potencializar o apoio institucional por meio da Atenção Básica
	Participação efetiva dos trabalhadores
	Maior envolvimento das instituições de ensino
	Apoio das instituições de ensino aos municípios de pequeno porte
	Apoio dos municípios maiores aos de pequeno porte
	Compatibilização de calendários de reuniões regionais visando a participação dos membros
	Construção de pautas estratégicas e produtivas
	Reconhecimento das CIES como câmara técnica da CIR pelas gerências regionais de saúde
	Promover uma agenda permanente na CIR com a pauta de educação permanente em saúde a partir das principais necessidades de saúde da região
	Estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e
Construção de agendas que visem troca de experiências no âmbito regional	

municipais de educação permanente em saúde	Definir áreas prioritárias para as ações de EPS, considerando as necessidades de saúde locais
	Dar visibilidade e fortalecer a necessidade de recursos financeiros
	Fortalecimento do controle social por meio dos planos regionais e municipais
	Realização de seminários municipais, reuniões e outros processos locais
	Sistematização das experiências e divulgação das ações locais
	Educação popular em saúde como estratégia para melhorar a saúde das populações
	Identificação de novos atores para desenvolvimento das ações
	Articulação com os planos municipais de saúde
	Importância das ações intersetoriais
	Importância do apoio institucional descentralizado
	Construção da integração ensino serviço a partir das necessidades do território

Fonte: Relatórios das Oficinas Regionais de Educação Permanente em Saúde (10). CIES - Comissões de Integração Ensino-Serviço.

Como citar: Santos JS et al. Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco, Brasil: estratégias de implementação. **Saúde em Redes**. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p195-214

Recebido em: 13/09/20

Aprovado em: 13/12/21



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p215-231

Mortalidade por COVID-19 Comparada: Brasil, Rio de Janeiro, Campos dos Goytacazes, Macaé, Cabo Frio e Rio das Ostras

Comparative Analysis of COVID-19 Mortality in Brazil, Rio de Janeiro, Campos dos Goytacazes, Macaé, Cabo Frio and Rio das Ostras

Antonio C. C. Guimarães

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira

E-mail: aguimaraes@macae.ufrj.br

ORCID: 0000-0003-4471-5190

Karla Santa Cruz Coelho

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira

E-mail: karlasantacruzcoelho@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4943-4814

Kathleen Tereza da Cruz

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira

E-mail: cruz.ufrj.macaee@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9847-3281

Bárbara Soares de Oliveira Souza

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira

E-mail: bah.soares@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7973-619X

Janimayri Forastieri de Almeida

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira

E-mail: janimayri1@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7878-0874

Gustavo Fialho Coelho

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé Professor Aloísio Teixeira

E-mail: gustavofialhoc@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3207-2300

Gabriella Ramos Lacerda Ferreira

Universidade Federal Fluminense, Campus UFF - Rio das Ostras

E-mail: gabriella.r.l.f@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7250-4289

Resumo:

Objetivos: analisar quantitativa e comparativamente os óbitos por COVID-19 nos quatro maiores municípios do Norte Fluminense (Campos dos Goytacazes e Macaé) e Baixada Litorânea do Rio de Janeiro (Cabo Frio e Rio das Ostras), situando-os no contexto estadual e nacional. Métodos: usamos dados do Registro Civil e informações demográficas para elaborar um quadro geral da pandemia até a 41ª semana epidemiológica de 2020 sob vários aspectos. Resultados: caracterizamos a evolução da

pandemia, diferenciando os padrões conforme localidade. Encontramos uma dependência universal exponencial do coeficiente de mortalidade com a idade e uma maior letalidade na população masculina em relação à feminina, variável entre os municípios. O recorte racial também é examinado e discutido. Determinamos que a COVID-19 representa fração importante das causas de morte em 2020, estando associada a significativo excesso de óbitos em relação à 2019 e à alteração dos padrões de mortalidade por outras causas, com implicações relevantes para a saúde pública. Conclusões: a mortalidade é um indicador efetivo e poderoso para a compreensão da infecção pelo SARS-CoV-2 e sua pandemia, sendo sua análise local um instrumento indispensável para a construção de políticas públicas para o enfrentamento da pandemia e gestão da saúde pública.

Palavras-Chave: Infecções por Coronavírus, Doenças Transmissíveis, Estudos Epidemiológicos, Pandemias

Abstract:

Objectives: to analyze quantitatively and comparatively the deaths by COVID-19 in the four largest municipalities in the North of Rio de Janeiro (Campos dos Goytacazes and Macaé) and Baixada Litorânea of Rio de Janeiro (Cabo Frio and Rio das Ostras), placing them in the state and national context. **Methods:** we used data from the Civil Registry and demographic information to develop a general picture of the pandemic up to the 41st epidemiological week of 2020 in several aspects. **Results:** we characterize the evolution of the pandemic, differentiating patterns according to location. We found an exponential and universal dependence on the mortality coefficient with age and a higher lethality in the male population in relation to the female population, which varies between municipalities. The racial profile is also examined and discussed. We determined that COVID-19 represents an important fraction of the causes of death in 2020, being associated with a significant excess of deaths in relation to 2019 and with changes in mortality patterns due to other causes, with relevant implications for public health. **Conclusions:** mortality is an effective and powerful indicator for the understanding of SARS-CoV-2 infection and its pandemic, and its local analysis is an indispensable tool for the construction of public policies to face the pandemic and public health management.

Key-words: Coronavirus Infections, Communicable Diseases, Epidemiologic Studies, Pandemics.

Introdução

O ano de 2020 ficará marcado por uma das maiores crises humanitárias do mundo, causada pelo SARS-CoV-2, responsável pela pandemia de COVID-19. No Brasil, a pandemia começou a ser detectada em fevereiro e a fazer vítimas fatais em março, tendo um profundo impacto na saúde pública e nas atividades sociais e econômicas do país^{1,2}.

Até 10 de outubro de 2020 o Brasil ultrapassou os 5 milhões de casos e 150 mil óbitos por COVID-19³. A alta subnotificação estimada de casos e sua variabilidade no tempo e localidade, devido a políticas e disponibilidade de testagem, tornam o número de casos uma medida problemática para o acompanhamento fidedigno da pandemia no país⁴. O número de óbitos, apesar de também ter

limitações, parece ser uma medida mais acurada e confiável⁵.

Desde os anos 1970, o Brasil vem adotando medidas para realizar o registro sistemático de todos os óbitos ocorridos em território nacional com o objetivo de tomar cada morte como um evento epidemiológico. O óbito passa a ter nome, endereço e causa, passa a ser investigado pelas autoridades sanitárias e de interesse da saúde pública, constituindo-se um elemento chave no diagnóstico da situação de saúde de um dado território⁶. Vários bancos de dados registram os óbitos ocorridos no país, atribuindo *causa mortis* a eles. Esses registros são feitos por diferentes profissionais, seguindo normatizações que se alteram no tempo, portanto nem sempre há uma concordância total entre os vários bancos de dados. Alguns têm um caráter de registro mais definitivo, como o do Registro Civil (RC)⁷. Outros, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), podem sofrer revisões e alterações de registro de óbitos antigos após a realização da investigação epidemiológica, mas não são publicamente disponíveis em nível nacional em tempo real. A partir desses bancos de dados é possível analisar as séries históricas estatísticas de mortalidade disponíveis, detectar tendências e levantar hipóteses sobre o comportamento epidemiológico de cada doença.

O presente estudo utiliza indicadores de mortalidade para realizar uma análise exploratória da pandemia COVID-19 nos quatro maiores municípios do Norte Fluminense (Campos dos Goytacazes e Macaé) e da Baixada Litorânea (Cabo Frio e Rio das Ostras) do Estado do Rio de Janeiro, situando-os nos cenários estadual e nacional, bem como contribuir para o entendimento de alguns aspectos universais. Os municípios citados são polos regionais e possuem intensa troca humana, além de compartilhar identidade econômica relacionada à exploração do petróleo, sendo destino de trabalhadores de outras regiões do país e mesmo de outros países.

Essa pesquisa é realizada no âmbito do Grupo de Trabalho Multidisciplinar para o Enfrentamento ao COVID-19, formado por pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Campus UFRJ-Macaé) e da Universidade Federal Fluminense (UFF-Rio das Ostras)⁸.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva a partir de bases de dados do RC⁷. Foi analisado o período de 30 semanas, de 15/03/2020 a 10/10/2020, desde o primeiro óbito registrado

nacionalmente na 12^a até a 41^a semana epidemiológica (SE).

O banco de dados do RC é alimentado pelos cartórios com as informações constantes nas declarações de óbito preenchidas por médicos que respondem legalmente por elas, sendo que o registro é feito no município onde ocorreu o óbito, independentemente do município de residência do falecido. Atualmente essa base só permite saber o número de óbitos ocorridos num determinado município e o número de não residentes daquele município que lá faleceram. Outra limitação é o atraso existente entre óbito e registro no banco de dados do RC, usualmente inferior a uma semana, mas podendo ser maior.

A compilação dos dados extraídos do RC se delimitou por período e localidade (Brasil, Estado do Rio de Janeiro, Campos dos Goytacazes, Macaé, Cabo Frio e Rio das Ostras), sendo que organizamos e analisamos os dados de acordo com variáveis de interesse: *causa mortis* (Aba de “causas cardíacas” no Portal do RC, sendo que também olhamos o mesmo período em 2019 para comparação), local de óbito, idade, sexo e raça/cor.

Utilizamos os dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para vários cálculos e análises. Para a taxa de mortalidade (óbito por população) utilizou-se a população total estimada para 2020: Brasil 211.755.692, estado do Rio de Janeiro 17.366.189, Rio de Janeiro capital 6.747.815, Campos dos Goytacazes 511.168, Macaé 261.501, Cabo Frio 230.378 e Rio das Ostras 155.193 habitantes⁹. Para cálculos referentes a subgrupos populacionais (por idade, sexo e cor) utilizou-se dados do censo de 2010, sem atentar para possíveis correções devido ao crescimento populacional¹⁰.

Os softwares utilizados para compilar, processar, analisar e gerar visualizações dos dados foram: Planilha Google, Linguagem R, *PowerBI* e *Grace*.

Este estudo é parte da pesquisa intitulada “Enfrentamento da COVID-19 na Região Norte Fluminense e Baixada Litorânea: Ações, perspectivas e impactos”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Campus UFRJ-Macaé, CAAE 32186520.7.0000.5699 em 09/06/2020.

Resultados

Centramos nossas análises nos dados do RC por localidade. A figura 1 situa geograficamente o estudo,

centrado nas regiões do Norte Fluminense e Baixada Litorânea, pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro, Brasil, fornecendo um panorama geral do alcance da pandemia de COVID-19 em termos de seu coeficiente de mortalidade.

A figura 2 mostra a evolução da mortalidade por COVID-19. O padrão desenvolvido pelo país como um todo é de crescimento inicial rápido até atingir um platô por volta da 20^a SE que se mantém até a 32^a SE, seguido por queda lenta e consistente até o final no período estudado. O Estado do Rio de Janeiro tem um crescimento extremamente rápido e intenso dos óbitos desde a 12^a, atingindo um máximo na 19^a SE, seguido de um declínio até um patamar próximo ao da média nacional. Já os municípios analisados, mais distantes da região metropolitana, possuem um crescimento inicial mais lento, com aceleração tardia da mortalidade, só atingindo valores máximos entre a 22^a (Cabo Frio) e 27^a SE (Campos dos Goytacazes). Todos os municípios apresentam oscilações na taxa semanal de mortalidade e uma fase consistente de declínio ainda é de difícil caracterização. A taxa semanal de mortalidade para todas as localidades converge ao final do período considerado para valores entre 10 e 30 óbitos por COVID-19 por milhão de habitantes por semana, com exceção de Rio das Ostras que zerou a mortalidade.

O número acumulado de óbitos pelas respectivas populações (figura 2 inferior) mostra claramente que a epidemia continuava crescendo em todas as localidades, desde o nível municipal, com exceção de Rio das Ostras, até o nacional. Também evidencia o crescimento mais rápido do número de óbitos por COVID-19 em Campos dos Goytacazes entre a 21^a e 38^a SE em relação aos outros municípios.

A distribuição dos óbitos por COVID-19 nas diferentes faixas etárias e por sexo é mostrado na figura 3. Observa-se o mesmo padrão geral em todas as localidades, com os óbitos concentrados nas faixas centrais de idade (50 a 89 anos), com predomínio masculino em geral, e poucos óbitos nos extremos (crianças e jovens, e os idosos acima de 90 anos). Brasil e Rio de Janeiro tem distribuições muito parecidas, já os municípios analisados exibem maior variabilidade. Cabo Frio possui uma distribuição mais equânime entre as idades de 50 e 89 anos, e Rio das Ostras uma distribuição particularmente concentrada na faixa dos 60 anos masculina.

Grupos populacionais divididos por idade e sexo podem ter populações bastante distintas, portanto é interessante calcular o coeficiente de mortalidade para cada grupo, o que permite uma comparação mais significativa. A diferença de desfecho da doença é avaliada globalmente em cada localidade pela razão entre os coeficientes de mortalidade para a população masculina e feminina

(informado em cada painel da figura 3). O maior incremento foi encontrado em Cabo Frio, onde o coeficiente de mortalidade por COVID-19 foi 66% maior para a população masculina em relação à feminina e o menor em Rio das Ostras (2%).

A reta em torno da qual os pontos se concentram na figura 4 revela uma dependência exponencial do coeficiente de mortalidade da COVID-19 com a idade. O ajuste da função $y(x) = A \exp(\alpha x)$, com x representando o valor médio em anos em cada faixa de idade, fornece $A = (6,19 \pm 0,88)$ óbitos por milhão e $\alpha = (0,0899 \pm 0,0025)$ anos⁻¹ para o Brasil (faixa para maiores de 100 anos excluída do ajuste). Todas as localidades apresentam o mesmo tipo de comportamento bem descrito por uma exponencial até a faixa inferior a 100 anos. É possível que a acurácia dos valores do coeficiente de mortalidade por idade seja prejudicada pelo uso da pirâmide etária do censo de 2010, pois a distribuição etária da população nas diferentes localidades pode ter mudado.

Podemos comparar as mortalidades entre grupos de raça/cor calculando a razão entre o coeficiente de mortalidade para um grupo e o coeficiente geral, obtendo para as localidades (Brasil; Rio de Janeiro; Campos dos Goytacazes; Macaé; Cabo Frio; Rio das Ostras): branca (1,1; 1,1; 1,2; 1,2; 1,2; 1,1), parda (0,86; 0,75; 0,63; 0,50; 0,68; 0,79), preta (1,1; 1,3; 1,3; 1,8; 0,72; 0,74). Nota-se que a população “parda” apresentou o menor valor da razão de mortalidades em quase todas as localidades. Já o grupo de cor “preta” possui a maior razão de mortalidades no Estado do Rio de Janeiro, em Campos dos Goytacazes e Macaé. Enquanto o grupo de cor “branca” apresentou a maior razão de mortalidades em Cabo Frio e Rio das Ostras. Os grupos de raça/cor “amarela” e “indígena” não foram analisados por serem de baixa representatividade nos municípios avaliados e os declarados com raça/cor ignorada também não entraram no cálculo.

A tabela 1 fornece um quadro geral de várias *causas mortis*, comparando o coeficiente de mortalidade de cada no mesmo período nos anos de 2019 e 2020. Percebemos os impactos diretos e indiretos da COVID-19. Em 2020 a COVID-19 representa 17% dos óbitos no Brasil, 20% no Estado do Rio de Janeiro, 18% em Campos dos Goytacazes, 19% em Macaé, 14% em Cabo Frio e 16% em Rio das Ostras, sendo a maior *causa mortis*, após “demais”, dentre as discriminadas na tabela.

Uma medida do impacto global é o excesso total de óbitos de 2020 em relação à 2019, que na tabela 1 é expresso pela variação percentual do total de óbitos que vai desde 8% para Campos dos Goytacazes até 23% para Cabo Frio no nível municipal, sendo de 21% no estado do Rio de Janeiro e 14% nacionalmente. O número de óbitos por COVID-19 é maior que o excesso de óbitos total em 2020 em relação à 2019 em todas as localidades, o que significa uma redução da mortalidade total por todas

as outras causas que não COVID-19, com exceção de Cabo Frio, onde o excesso de mortalidade foi maior do que a mortalidade por COVID-19. De fato, algumas das *causas mortis* examinadas apresentam redução significativa em 2020 em relação à 2019 em quase todas as localidades, por exemplo pneumonia e septicemia. Outras causas apresentam queda ou elevação dependendo da localidade, como insuficiência respiratória, acidente vascular cerebral (AVC) e infarto. Por outro lado, síndrome respiratória aguda grave (SRAG) cresceu expressivamente em todas as localidades. Causas cardiovasculares inespecíficas e causa indeterminada (com exceção de Rio das Ostras) também cresceram em todas as localidades. O item “demais” (*causas mortis*) que inclui outras doenças, como câncer, e também mortes violentas, se manteve estável em todas as localidades com exceção de Campos dos Goytacazes, onde decresceu expressivamente.

Chama atenção a mortalidade por pneumonia em Campos dos Goytacazes, mais que o dobro do observado nacionalmente. Já em Cabo Frio, destaca-se a alta mortalidade por infarto, causas cardiovasculares inespecíficas e causa indeterminada, sendo surpreendente e digno de investigação que todas as causas cardiovasculares e indeterminadas de óbito tenham tido aumentos tão expressivos. Macaé notabiliza-se por baixa mortalidade por insuficiência respiratória e infarto. Em Rio das Ostras, a localidade de menores mortalidades por COVID-19 e total, nota-se a ausência de mortalidade por causa indeterminada. O número de óbitos em domicílio cresceu expressivamente em todas as localidades entre 2019 e 2020, como também mostra a tabela 1, com destaque para Cabo Frio com 59% de aumento.

É importante frisar que ao calcular quantidades como o coeficiente de mortalidade é possível que haja algum desvio do valor real, pois os óbitos ocorridos em determinada localidade não levam em conta que as pessoas podem falecer em outras localidades que não na de sua residência. Dos dados do RC podemos obter o número de óbitos por COVID-19 de não residentes num determinado município (2,7% em Campos dos Goytacazes, 6,0% em Macaé, 10,3% em Cabo Frio e 5,3% em Rio das Ostras), mas não o número de residentes de um município que faleceram fora dele. Portanto, não foi possível fazer essas correções nos coeficientes de mortalidade apresentados.

Discussão

O acompanhamento dos indicadores de morte é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial de Saúde para avaliar os efeitos diretos e indiretos da pandemia de COVID-19 nos países¹¹. O

número de mortes por causas naturais no Brasil tradicionalmente sofre uma pequena elevação todos os anos em virtude do envelhecimento da população. Entretanto, o que encontramos foi que a pandemia causada pelo SARS-CoV-2 causou um grande impacto na mortalidade nas localidades analisadas, desde o nível municipal até o nacional, não só diretamente através de óbitos por COVID-19, mas também indiretamente, afetando as estatísticas de várias causas de mortes e estando associada ao excesso de mortalidade geral em relação ao ano precedente¹².

Constatamos que a pandemia teve evolução mais tardia e menor alcance nos municípios analisados do que no estado como um todo, cujas medidas são dominadas pela região metropolitana da capital. Entretanto, os municípios estudados não destoam muito da média nacional quanto à evolução e acúmulo de fatalidades por COVID-19 em termos proporcionais às suas populações, sendo que o maior município (Campos dos Goytacazes) apresenta o pior quadro em termos de crescimento e coeficiente de mortalidade, estando 50% acima da média nacional, mas ainda abaixo da média estadual.

Ressaltamos ainda que o estado do Rio de Janeiro e os municípios estudados (com exceção de Rio das Ostras) mantém, após uma fase de máximos, taxas semanais de mortalidade por COVID-19 em patamares próximos ao nacional ao final do período estudado (o que não se alterou nas SE seguintes). Isso ajuda a entender a manutenção da taxa de mortalidade nacional em um patamar praticamente constante por tão longo tempo, diferindo do padrão de outros países acometidos pela pandemia. Ao mesmo tempo, se o coeficiente de mortalidade ao final do período considerado (sendo que os óbitos continuam a se acumular a taxa significativa posteriormente) para o estado do Rio de Janeiro fosse tomado como uma medida do potencial de alcance da pandemia para as demais localidades municipais e nacionalmente, isso indicaria um quadro bastante grave, projetando um acúmulo de óbitos que poderia ser muito maior do que já observado ao final da 41ª SE para alguns desses municípios e para o país. Medidas de flexibilização de controles sobre a pandemia devem ser tomadas com cautela.

Obtivemos resultados sobre a mortalidade por COVID-19 para grupos específicos: por faixa etária, sexo e raça/cor, entretanto como a mortalidade pode depender da exposição ao SARS-CoV-2, da severidade da infecção resultante dentro dos diferentes grupos populacionais e do acesso aos cuidados especializados em tempo oportuno, não é possível com os dados disponíveis inferir sobre as relações causas-efeitos. Pesquisas de prevalência de anticorpos do SARS-CoV-2 podem ajudar a diferenciar entre as duas possibilidades (exposição e severidade da infecção). O estudo EPICOID19-BR, de caráter nacional, indicou que: (i) não há diferença significativa de prevalência entre faixas etárias

e sexo, mas (ii) há diferença significativa (considerando os intervalos de confiança) para as prevalências entre grupos de raça/cor (os grupos de cor branca, preta e parda apresentam prevalência crescente, respectivamente)¹³.

Nossos resultados sobre a distribuição de óbitos por COVID-19 por faixa etária revelam que, quando é considerado o tamanho populacional dos respectivos grupos, ou seja, com base no coeficiente de mortalidade para cada faixa etária, a infecção é particularmente letal para os idosos. Então, considerando-se que a exposição ao vírus é semelhante entre as faixas etárias, se conclui que a severidade e consequentemente, o desfecho fatal da doença, é maior em faixas etárias mais avançadas. Nesse sentido, acredita-se que esses pacientes possuem uma proporção maior de comorbidades do que faixas etárias mais jovens². O coeficiente de letalidade da COVID-19 (óbitos por infectados) é fortemente dependente da idade, o que requer recomendações de cuidados públicos e privados ainda mais estritas para idosos.

Também encontramos, como em estudos internacionais¹⁴, que a mortalidade masculina por COVID-19 é maior que a feminina. Como a exposição ao vírus parece ser a mesma entre homens e mulheres, conclui-se que a infecção é mais severa nos homens. Fatores socioeconômicos e culturais relacionados ao gênero têm sido apontados para explicar a maior mortalidade masculina¹⁵, mas também há hipóteses de origem genética e imunológica^{16, 17, 18}.

Uma leitura superficial dos nossos resultados de mortalidade por COVID-19 por grupo de raça/cor, juntamente com resultados de soroprevalência, sugeriria por exemplo uma menor letalidade entre a população parda em comparação a brancos e pretos, por apresentar a maior soroprevalência e o menor coeficiente de mortalidade. Entretanto, consideramos que nossos resultados e análises sobre o fator raça/cor devem ser considerados incipientes e estimular estudos mais aprofundados^{19,20}, dada a relevância do problema do racismo estrutural também no âmbito da saúde pública. A análise da mortalidade por COVID-19 entre grupos de raça/cor é complexa, pois essa divisão populacional é mais subjetiva e realizada diferentemente em diferentes situações. Em pesquisas censitárias e de prevalência predominam a autodeclaração, mas em prontuários médicos e atestados de óbitos a classificação pode ser feita por familiar ou profissional de saúde. Como ilustração, apontamos que no censo de 2010 somente 0,02% da população brasileira se identificou com raça/cor “indefinida”, mas nas certidões de óbito por COVID-19 12% aparece com raça/cor “ignorada”. Outro complicante é que grupos populacionais divididos por raça/cor podem ter distribuições internas por sexo e idade distintas. Como já concluímos que a fatalidade depende fortemente desses dois fatores, ao não isolá-los numa

análise por raça/cor podemos incorrer em vieses.

Várias causas mortas, como insuficiência respiratória, pneumonia, septicemia, AVC e infarto, tiveram redução no quadro nacional quando comparadas à 2019. Já no âmbito estadual fluminense e dos municípios analisados, algumas das causas têm redução, outras aumento, formando um quadro geral complexo. É possível especular que a pandemia possa ter efeitos indiretos de redução de mortalidade por algumas dessas causas por consequência das medidas de prevenção à COVID-19 (distanciamento social, medidas extras de higiene, etc) praticadas pelos indivíduos que também os poupam de exposição a outros patógenos e situações de risco de outras enfermidades e até mesmo acidentes. Por outro lado, é de se esperar que indivíduos com condição de saúde propícia para o agravamento de determinadas enfermidades (como pneumonia ou cardiopatia, por exemplo), se expostos ao SARS-CoV-2, teriam uma probabilidade muito maior de desenvolverem um quadro grave de COVID-19. Dessa forma, óbitos que na ausência do SARS-CoV-2 poderiam ocorrer por outras enfermidades, acabam ocorrendo quando as pessoas contraem a COVID-19.

Os óbitos por SRAG, causas cardiovasculares inespecíficas e causas indeterminadas cresceram nacionalmente, comparados a 2019, possivelmente indicando subnotificação de mortalidade pela própria COVID-19 ou também uma sobrecarga do sistema de saúde e profissionais de saúde, dificultando a identificação precisa da *causa mortis*. O aumento em todas as localidades estudadas dos óbitos ocorridos em domicílio corrobora essa hipótese.

Considerações Finais

A pandemia de COVID-19 impacta direta e indiretamente o quadro de óbitos dos municípios, estado e país, o que nosso estudo ajudou a conhecer e entender, bem como levantar novos questionamentos. Esses resultados devem encorajar as autoridades a se basearem no crescente conhecimento científico sobre a pandemia e suas peculiaridades regionais para a tomada de decisões e proteção daqueles que são mais vulneráveis, evitando mortes e a sobrecarga do sistema de saúde devido ao grande número de pessoas em maior risco de desenvolver doença grave em caso de infecção por COVID-19.

Importante ressaltar a escassez e precariedade de dados de saúde e demográficos, evidenciado por exemplo na não realização do censo em 2020, o que nos obrigou a usar dados de 2010. No intuito de problematizar as desigualdades sociais a partir dos seus determinantes econômicos e de saúde, salientamos a necessidade de produzir dados confiáveis a respeito da população mais vulnerável a fim

de definirmos políticas públicas específicas para diminuir as desigualdades em saúde no município e região. A pandemia além de todos os aspectos trágicos, realçou o quanto o país ainda é extremamente desigual e que é preciso que o SUS avalie de forma sistemática as trajetórias dos usuários através de indicadores apropriados e confiáveis de acesso e fluxo, a fim de efetivar melhorias no sistema de saúde brasileiro.

Agradecimentos

A Franci de Oliveira Barros pelas discussões e esclarecimentos sobre alguns bancos de dados.

Referências

1. Candido DS, Claro IM, Jesus JG de, Souza WM, Moreira FRR, Dellicour S, et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science*. Setembro de 2020;369(6508):1255–60.
2. Souza WM, Buss LF, Candido DS, Carrera JP, Li S, Zarebski AE, et al. Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. *Nat Hum Behav*. Agosto de 2020;4(8):856–65.
3. Brasil. Coronavírus Brasil [Internet]. [acessado em 19 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
4. Silveira MF, Barros AJD, Horta BL et al. Population-based surveys of antibodies against SARS-CoV-2 in Southern Brazil. *Nat Med* 26, 1196–1199 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0992-3>
5. França EB, Ishitani LH, Teixeira RA, Abreu DMX de, Corrêa PRL, Marinho F, et al. Óbitos por COVID-19 no Brasil: quantos e quais estamos identificando? *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020 [acessado em 20 de agosto de 2020];23. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200053>
6. Quintanilha WJ. Registro Civil de Pessoas Naturais - 1981, Companhia Editora Forense, ISBN: 2000033524007.
7. Brasil. Portal da Transparência do Registro Civil [Internet]. [acessado em 19 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>
8. Cruz KT, Coelho KSC, Vieira UP, Tavares BM, Junior HS, Cinelli LP, et al. Relato de experiência: criação do grupo de trabalho multidisciplinar para o enfrentamento da COVID-19 na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ Campus Macaé. *Bol Ciênc Macaé*. Junho de 2020;1(1):80–90.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1o de julho de 2020 : [notas metodológicas] [Internet]. [citado 3 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101747>

10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente por cor ou raça, sexo, situação do domicílio e grupos de idade - Amostra - Características Gerais da População [Internet]. [acessado em 19 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2093>
11. Brasil. Conass lança painel sobre excesso de mortalidade [Internet]. [acessado em 19 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-lanca-painel-sobre-excesso-de-mortalidade/>
12. Viglione G. How many people has the coronavirus killed? [Internet]. [Acessado em 03 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02497-w>
13. Hallal P, Hartwig, F, Horta, B, Victora GD, Silveira M, Struchiner C, et al. Remarkable variability in SARS-CoV-2 antibodies across Brazilian regions: nationwide serological household survey in 27 states. MedRxiv [Internet]. Maio de 2020; Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.05.30.20117531>
14. Jin JM, Bai P, He W, Wu F, Liu XF, HanDM, et al. Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Front Public Health*, 8:152 (2020). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>
15. Marinho F, Torrens A, Teixeira R, França E, Nogales AM, Xavier D, et al. Aumento das mortes no Brasil, Regiões, Estados e Capitais em tempo de COVID-19: excesso de óbitos por causas naturais que não deveria ter acontecido. *Vital Strateg* [Internet]. [acessado em 19 de agosto de 2020]; Disponível em: https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/RMS_ExcessMortality_BR_Report-Portuguese.pdf
16. Garvin MG, Alvarez C, Niller JI, Prates ET, Walker AM, Amos BK, et al. A mechanistic model and therapeutic interventions for COVID-19 involving a RAS-mediated bradykinin storm. *eLife* 2020;9:e59177 doi: 10.7554/eLife.59177
17. Takahashi T, Wong P, Ellingson M, Lucas C, Klein J, Israelow B, et al. Sex differences in immune responses to SARS-CoV-2 that underlie disease outcomes. *MedRxiv* (2020), <https://doi.org/10.1101/2020.06.06.20123414>
18. Bunders MJ, Altfeld M. Implications of Sex Differences in Immunity for SARS-CoV-2 Pathogenesis and Design of Therapeutic Interventions. *Immunity* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2020.08.003>
19. Golestaneh L, Neugarten J, Fisher M, Billett HH, Gil MR, Johns T, et al. The association of race and COVID-19 mortality. *EClinicalMedicine* 2020;25:100455. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100455>
20. Yehia BR, Winegar A, Fogel R, Fakh M, Ottenbacher A, Jesser C, et al. Association of Race With Mortality Among Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) at 92 US Hospitals. *JAMA Network Open*. 2020;3(8):e2018039. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.18039

Tabela 1. Quadro comparativo de *Causa Mortis* (coeficiente de mortalidade por milhão de habitantes) no período de 15/03 a 10/10. “Var.%” é a variação percentual entre 2019 e 2020. Também é apresentada a mortalidade em domicílio.

localidade	Brasil			Rio de Janeiro			Campos			Macaé			Cabo Frio			Rio das Ostras		
	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%
<i>causa mortis</i>	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%	2019	2020	Var.%
COVID-19	0	715		0	1116		0	1009		0	704		0	673		0	490	
insuficiência respiratória	263	238	-9	286	294	3	215	241	12	203	180	-11	273	330	21	245	213	-
pneumonia	618	433	-30	788	662	-16	1162	931	20	608	421	-31	560	582	4	503	342	-
septicemia	465	397	-15	740	601	-19	784	544	31	665	398	-40	490	464	-5	457	309	-
SRAG	53	6649	12	389	2525	25	027			419	400		026			039		
AVC	306	293	-4	299	296	-1	452	446	-1	340	252	-26	260	234	-10	174	264	52
infarto	306	268	-12	421	381	-9	336	411	22	229	222	-3	352	421	20	290	296	2
causas cardiovasculares inespecíficas	220	285	29	363	400	10	266	303	14	168	229	36	295	395	34	187	238	28
indeterminada	2113	2713	33	616	6083	836	3118	4915	56	1111	6111		3016	1015	257	00	00	
demais	1391	1369	-2	1679	1640	-2	1829	1518	17	1109	1151	4	1602	1515	-5	934	941	1
total	3593	4091	14	4584	5540	21	5077	5480	8	3338	3637	9	3863	4749	23	2790	3132	12
óbitos em domicílio	635	807	27	610	816	34	747	906	21	413	547	32	430	681	59	438	548	25

Nota: dados extraídos em 01/11/2020

Figura 1. Localidades estudadas: Brasil, Estado do Rio de Janeiro e municípios de Campos dos Goytacazes, Macaé, Cabo Frio e Rio das Ostras. Os 4 municípios foram coloridos em escala indicativa do coeficiente de mortalidade (óbitos por milhão de habitantes) para a COVID-19 ao fim da 41ª semana epidemiológica (10/10/2020).

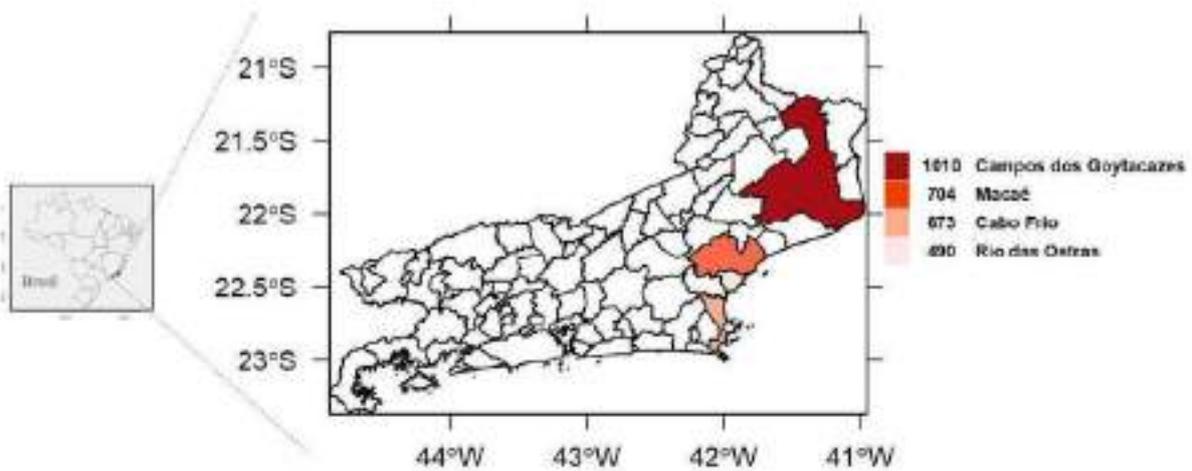


Figura 2. Evolução do número de óbitos por COVID-19 por semana epidemiológica para: Brasil, RJ (estado e interior), Campos dos Goytacazes, Macaé, Cabo Frio e Rio das Ostras. Painel superior: taxa semanal; painel inferior: coeficiente de mortalidade acumulada.

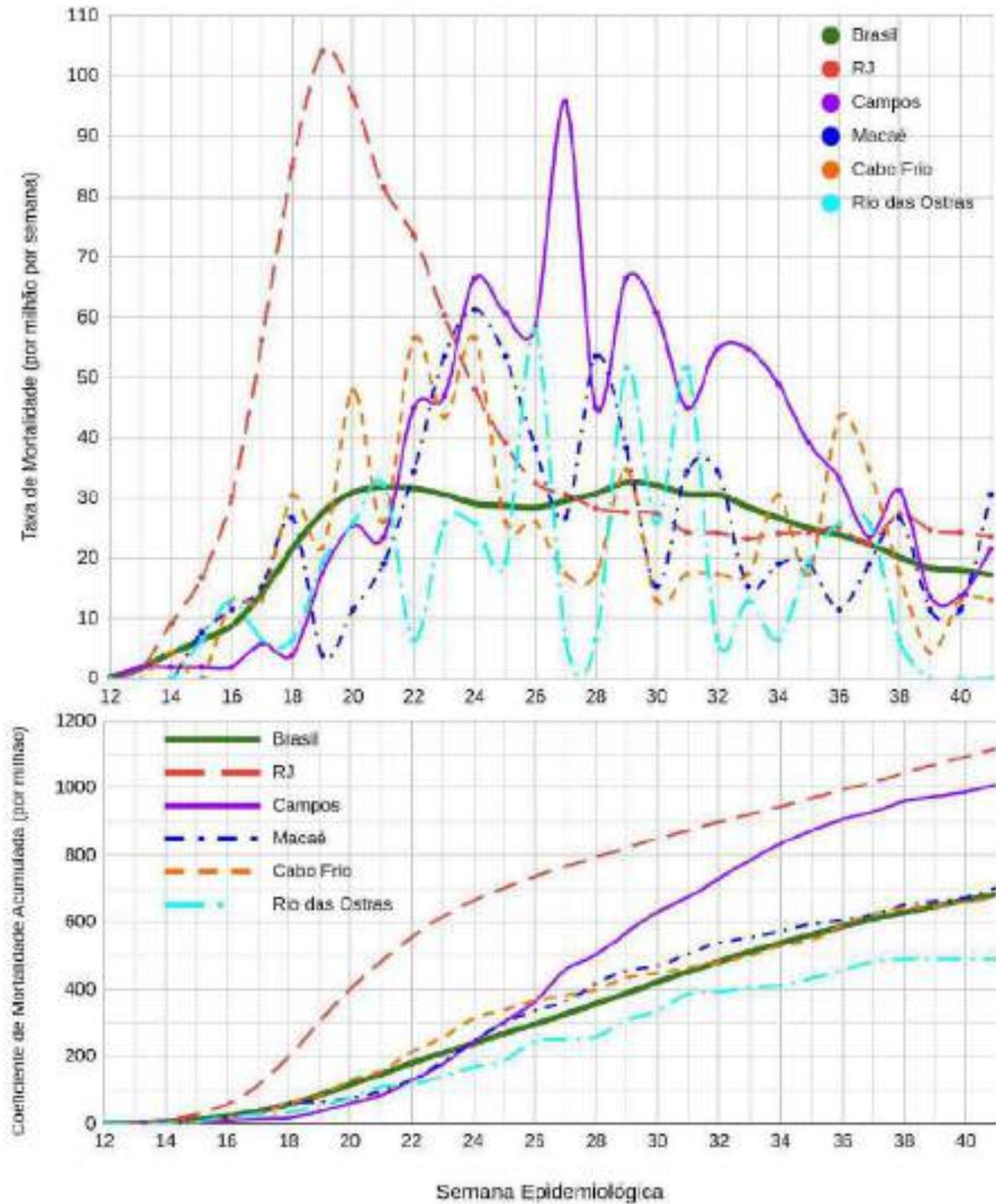
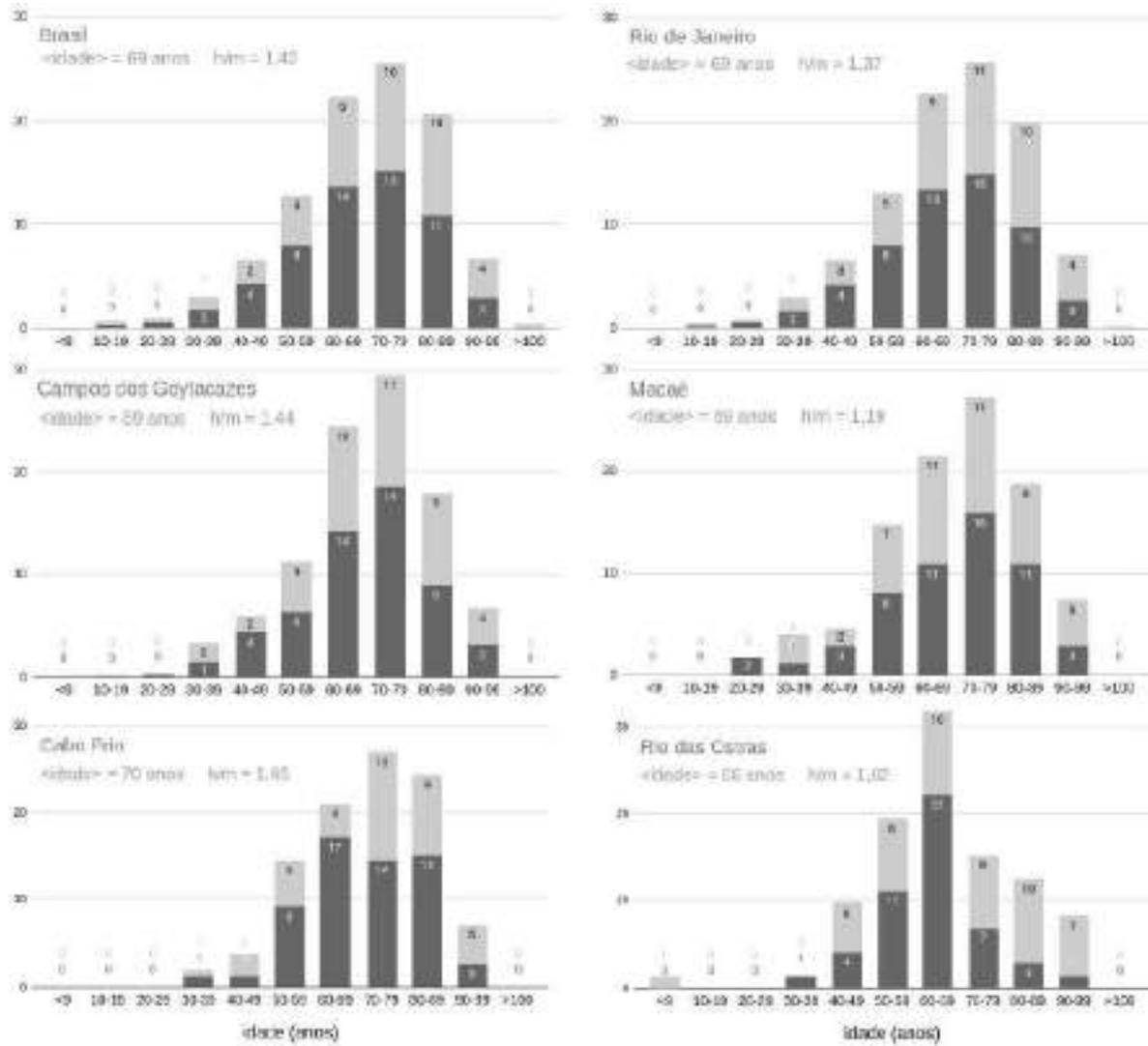
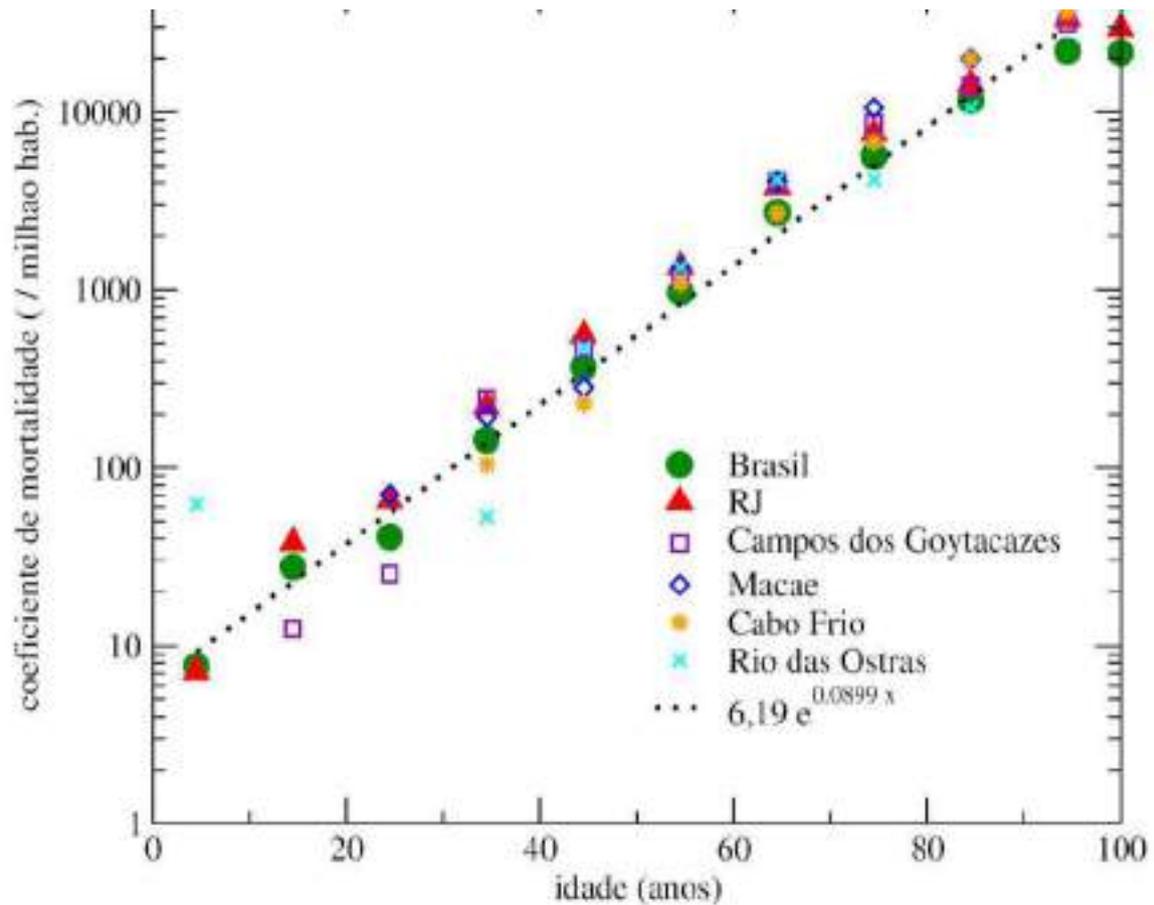


Figura 3. Percentual de óbitos por COVID-19 por faixa etária (em anos) e sexo (homens em escuro na base das barras, mulheres em claro no topo das barras). Localidade, idade média e razão entre coeficientes de mortalidade masculina e feminina (h/m) indicados em cada painel.



4. Coeficiente de mortalidade por COVID-19 (em escala logarítmica) por faixa etária.



Figura

Como citar: Guimarães ACC et al. Mortalidade por COVID-19 Comparada: Brasil, Rio de Janeiro, Campos dos Goytacazes, Macaé, Cabo Frio e Rio das Ostras. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p215-231

Recebido em: 06/11/20

Aprovado em: 30/12/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p233-247

Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: Saberes e práticas de enfermeiros – Revisão integrativa

Health education in the Family Health Strategy: Knowledge and practices of nurses - Integrative review

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

E-mail: mirna.neyara@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-5853-6532

Olga Maria de Alencar

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da UECE.

E-mail: olgaalencar17@icloud.com.

ORCID: 0000-0003-2477-7503

André Ribeiro de Castro Júnior

Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: castrojunior@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-3681-3607

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta do curso de enfermagem da UECE. Estágio pós-doutoral em andamento pela Universidade de Campinas (UNICAMP) – São Paulo.

E-mail: rocineide.ferreira@uece.br.

ORCID: 0000-0002-6086-6901

Resumo:

O objetivo dessa pesquisa é caracterizar as produções científicas considerando os saberes e práticas de enfermeiros e enfermeiras acerca da educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Foi realizada uma revisão integrativa que se utilizou dos descritores 'enfermeiros e enfermeiras', 'educação em saúde' e 'Estratégia Saúde da Família', com a busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde e SCIELO encontrando-se inicialmente 203 estudos e a partir dos critérios de inclusão oito artigos compuseram a amostra, com síntese destes em tabela e posteriormente representados em duas categorias. Apesar dos estudos apontarem que os enfermeiros consideram a educação em saúde como um momento ímpar para o empoderamento dos usuários, suas práticas não condizem com a construção desse fenômeno, inclusive considerando as metodologias aplicadas, em uma perspectiva de educação tradicional e bancária.

Palavras-chave: Enfermeiros e enfermeiras; educação em saúde; Estratégia Saúde da Família..

Abstract:

The objective of this research is characterize scientific productions considering the knowledge and practices of nurses about health education in the context of the Family Health Strategy. It was made an integrative review that used the descriptors 'nurses', 'health education' and 'Family Health Strategy',

with the search on the Virtual Health Library and SCIELO portal initially meeting 203 studies and based on the inclusion criteria, eight articles made up the sample, with their synthesis in a table and later represented in two categories. Despite the studies showing that nurses consider health education as a unique moment for the empowerment of users, their practices do not match the construction of this phenomenon, including considering the methodologies applied, in a perspective of traditional and banking education.

Keywords: Nurses and nurses; Health education; Family Health Strategy.

Introdução

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações e os serviços devem estar direcionados a um olhar ampliado de saúde focado na integralidade, que propõe uma ruptura do modelo biologista ao buscar compreender a realidade dos sujeitos em uma relação horizontal, desconsiderando a perspectiva destes como objeto, buscando um olhar ampliado ao cuidar com abertura para o diálogo, de modo que o planejamento de atividades esteja pautado no que o usuário traz como necessidade.^{1,2}

A Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil se configura como uma política pública norteada pelos princípios e atributos da APS, contemplando um modelo de atenção amparado na intervenção territorial, priorizando o cuidado longitudinal e integral, o trabalho em equipe e a utilização de tecnologias complexas de menor densidade, a exemplo da educação em saúde.^{3,4}

De acordo com Maia,⁵ a educação em saúde na ESF deve ser consolidada em uma prática que verdadeiramente busque a emancipação dos sujeitos através do diálogo, oferecendo-lhes condições que permitam o gerenciamento de seus hábitos e cuidados de vida com autonomia, inserindo-os no processo de construção de conhecimento, não devendo, para tanto, caracterizar-se como uma mera realização de palestras, aulas ou repasse de informações, em que o profissional é o detentor do saber e os usuários seus espectadores.

Assim, ações de educação em saúde inclusivas tornam a aprendizagem significativa para os usuários, oportunizando-lhes responsabilidade e compromisso no cuidado de si, oferecendo uma nova perspectiva para a promoção da saúde, alcançando um paradigma diferenciado, de maneira que estes também possam cuidar de sua saúde, rompendo assim com a hegemonia do paradigma biomédico.^{6,7}

No entanto, autores destacam que estudos realizados junto à ESF apontam um abismo entre as práticas norteadoras da educação em saúde e a rotina de trabalho dos profissionais, embora ressaltem

também experiências exitosas de ações educativas inclusivas, o que se caracteriza como um caminho na defesa do que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).^{8,9}

As ações de educação em saúde podem ser realizadas em vários espaços no âmbito do território¹⁰ e também na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que enfermeiros e enfermeiras são, notadamente, os profissionais que mais tem se destacado nesse segmento, apesar das inúmeras dificuldades que são ressaltadas em suas práticas e nas pesquisas.

A respeito dessas dificuldades, pesquisa realizada por Vieira et al.¹¹ com enfermeiros da ESF no Maranhão, os participantes ressaltaram como barreiras para a realização de práticas educativas a estrutura física deficiente, a falta de interesse da comunidade, a dificuldade de falar em público, falta de motivação dos demais profissionais, recursos materiais escassos, excesso de programas e a pouca participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Nesse direcionamento, faz-se relevante estudar o que as pesquisas têm apresentado no campo da educação em saúde a partir dos saberes, vivências e práticas de enfermeiros e enfermeiras no contexto da ESF. A educação em saúde é um dispositivo da promoção de saúde que tem sido objeto de estudo de várias pesquisas, daí o interesse em associá-lo ao cotidiano do enfermeiro na ESF.

Com base nesses pressupostos, questiona-se: O que as produções têm trazido acerca dos saberes e práticas do enfermeiro no tocante à educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família?

Nesse sentido, objetiva-se caracterizar as produções científicas considerando os saberes e práticas do enfermeiro acerca da educação em saúde no contexto da ESF.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, fornecendo informações amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento.¹² De maneira geral, as revisões dessa modalidade obedecem a seis etapas: Elaboração da questão norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação.¹³

A partir da pergunta norteadora - O que as produções têm trazido acerca dos saberes e práticas do enfermeiro no tocante à educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família? realizou-

se a busca dos estudos através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em seu portal regional, utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): ‘Enfermeiros e enfermeiras’, ‘educação em saúde’, e ‘Estratégia Saúde da Família’.

A coleta foi realizada em maio de 2019, sendo que inicialmente encontrou-se um total de 203 estudos na BVS, porém, a partir dos critérios de inclusão estabelecidos (Texto disponível e completo para a possibilidade de leitura na íntegra; pesquisas que se tratassem exclusivamente de artigos; artigos que se tratassem de estudos de campo considerando a proposta de investigação e sem duplicidade) e leitura de títulos e resumos, obteve-se 14 e ao final, atendendo à pergunta de pesquisa, apenas oito, pertencentes à Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A figura 1 representa a descrição da seleção dos estudos.

Os artigos foram codificados por numeração A1 à A8, com uma síntese de cada um deles apresentados em tabela e posteriormente categorizados empiricamente de acordo com a interpretação realizada pelas autoras a partir das falas encontradas nas análises de cada estudo,¹⁴ de modo a atender o seu objetivo de pesquisa.

Resultados

Todos os artigos selecionados pertenciam à BDENF. Com relação aos periódicos, cinco artigos integravam à Revista de Enfermagem da UFPE online – Reuol e os demais aos periódicos: Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, Ciência e Saúde Coletiva e Revista de Atenção Primária à Saúde, cada um com um artigo.

A seguir, apresentam-se as características dos artigos selecionados com sua identificação, ano de publicação, título, objetivo(s), principais resultados e considerações.

Considerando esse compilado, foram criadas duas categorias, a saber: ‘Educação em saúde: Saberes dos enfermeiros da ESF’ e ‘Do discurso à prática: Paradoxos e barreiras na educação em saúde’. A seguir, contemplam-se essas duas categorias na discussão do estudo.

Discussão

Com relação ao que os estudos trouxeram sobre como os enfermeiros compreendem a educação em saúde no contexto de seu trabalho na ESF, foi elaborada a categoria denominada 'Educação em saúde: Saberes dos enfermeiros da ESF', com abordagens gerais dos artigos nessa perspectiva.

Educação em saúde: Saberes dos enfermeiros da ESF

Nos artigos 3 e 5 (A3 e A5), a educação em saúde é concebida pelos enfermeiros como atividades realizadas em grupos, com foco no cuidado, prevenção de doenças, alimentação saudável, cura de determinadas doenças, realizada a partir do depósito de informações aos usuários, em associação à prática do cuidar a de educar.^{15,16}

Já no A4, as falas trazem a concepção de Educação Popular em Saúde (EPS), com fundamentação no educador Paulo Freire, em que esta é alicerçada em um campo amplo de teoria e prática que traz matrizes humanistas, cristãs e socialistas, ou seja, uma educação que se pauta na problematização da realidade, na valorização do saber do sujeito e promoção de sua autonomia.¹⁷

As falas dos enfermeiros desse estudo (A4) trouxeram percepções da EPS como um momento que os usuários encontram para desabafar, receber orientações adequadas, sempre na perspectiva do empoderamento e da politização, em que há o envolvimento da comunidade nas ações e ela mesma compreende quais são as vulnerabilidades as quais estão expostas e então, munida de conhecimento, segue em busca de seus direitos.¹⁷

Já os enfermeiros participantes do A6 consideram que a educação em saúde é uma atividade que pode acontecer na modalidade individual ou grupal, pautada na transmissão de conhecimentos e no saber técnico-científico em detrimento do saber dos usuários, de suas famílias e da comunidade na qual estão inseridos, com práticas realizadas nas escolas, sala de espera, nas consultas de enfermagem e nos grupos educativos existentes na ESF.¹⁸

A5 enfatiza também nas falas dos enfermeiros concepções da educação em saúde como uma troca de conhecimento que está relacionada diretamente à adesão e colaboração nas ações, mas ampliam o olhar nesse campo ao retratarem que se trata de uma prática integral que deve ser desempenhada nos diversos espaços proporcionando interação entre os saberes e ampliando os vínculos.¹⁶

A7 traz a compreensão de educação em saúde como planejamento e possível de ser realizada em qualquer situação ou espaço, desde uma visita domiciliar a atendimentos na unidade. Esse artigo traz como diferencial nas falas dos profissionais a valorização das relações interpessoais concebidas na educação em saúde, em que se exige do educador habilidades técnicas e competências emocionais, mas aborda, assim como os demais, que as práticas educativas devem atuar com base no caráter preventivo/profilático, de conscientização da população e de mudanças de seus hábitos de vida ou seguimento no tratamento, com forte componente da educação bancária.¹⁹

A7 também traz percepções dos enfermeiros acerca da educação em saúde como orientação para a qualidade de vida. Esse artigo destaca ainda a necessidade dos profissionais estarem estudando/se capacitando para as práticas educativas, o que se configura numa forma de educação continuada e de responsabilidade para estarem repassando seus conhecimentos a outros profissionais, em especial aos agentes comunitários de saúde, pela aproximação dos enfermeiros com esses trabalhadores.¹⁹

É preciso ressaltar que a educação em saúde sofreu transformações ao longo dos anos, sendo que essas mudanças estão relacionadas ao que a sociedade tem vivenciado e percebido no perfil de saúde e modelo de atenção, com concepções de educação informativa, informativa-comunicacional e de divulgação para um caráter paternalista ou higienista-sanitário, práticas estas ancoradas no modelo biologicista que considera a saúde como a ausência de doenças, e o comportamento/conduita de uma comunidade são determinantes para tal.²⁰

Já os modelos emergentes de educação em saúde estão centrados no diálogo e respeito aos saberes existentes, concebido como um método dialógico que considera e valoriza os aspectos sociais e culturais dos sujeitos, promovendo emancipação, liberdade e autonomia, possibilitando uma construção coletiva do conhecimento.²¹

Essas definições que os estudos trouxeram com relação à educação em saúde podem estar associadas a inúmeros fatores – formação tradicional, voltada às práticas de tratamento e cura e ao próprio modelo de atenção à saúde consolidado, que apesar de ter avançado no campo teórico, suas ações ainda estão fortemente centradas na lógica da produção e burocratização.

No entanto, as falas dos enfermeiros nas pesquisas também apontaram para a importância do empoderamento e autonomia dos usuários, mas as ações descritas demonstraram práticas contrárias, à medida que apenas o seu saber reificado é considerado isoladamente.

Os artigos fizeram a descrição de várias práticas de educação em saúde executadas pelos enfermeiros no cotidiano da ESF, em que estes apresentaram metodologias utilizadas, público destinado para as ações educativas e as dificuldades encontradas nos seus cenários. Nesse direcionamento, construiu-se a categoria a seguir:

Do discurso à prática: Paradoxos e barreiras na educação em saúde

O A1 apresenta as percepções dos enfermeiros na perspectiva de práticas de educação em saúde que ampliam o vínculo, melhoram o perfil profissional pela necessidade de estudarem constantemente e ainda que essas ações devam ser realizadas em qualquer espaço, a qualquer tempo, por ser algo já inerente ao trabalho do enfermeiro,²² assim como descrito em A8, em que há a representação de assistência sempre atrelada à educação.²³

Um enfoque positivo dado à educação em saúde foi com relação à qualidade dos indicadores, que melhora significativamente com as estratégias educativas, em especial nas ações de câncer de colo uterino.²²

No entanto, os autores trouxeram em suas análises como entraves apontados pelos enfermeiros, a comunicação deficiente com os usuários, pela cultura local da comunidade, trazendo a concepção de mudança, do discurso higienista das práticas de saúde, responsabilizando os sujeitos pelos problemas existentes.²² As mudanças devem ocorrer aos poucos, numa relação em que se conheçam as limitações e potencialidades da comunidade.

A2 traz o enfoque de como essas atividades educativas são realizadas, geralmente através de palestras educativas na formação dos grupos existentes na ESF na contextualização dos programas, a exemplo de grupo de gestantes, idosos e as puérperas/mães dando o enfoque da puericultura e ainda com os adolescentes na escola, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). O foco das ações é o conteúdo, em que se utilizam de data show ou álbuns seriados como recursos.¹¹

A3 aponta que essas atividades se realizam de acordo com os cronogramas, atendendo aos interesses da equipe para cumprir algo determinado e não as reais demandas e necessidades desses usuários, que podem não apresentar interesse algum no conteúdo apresentado ou mesmo este não estar presente em sua realidade.¹⁵

Assim, é papel do enfermeiro e da equipe de saúde contemplar temáticas que apresentem significado e contextualização aos usuários, de maneira que estes possam considerar suas vivências e saberes nessas abordagens.

A6 apesar de ressaltar que os enfermeiros concebem a educação em saúde como uma aprendizagem sustentada pelo próprio usuário enquanto protagonista do cuidado, com linguagem acessível a este, traz a necessidade da barganha para que haja a participação dos sujeitos nas atividades, e que o apoio dos estudantes é primordial para ajudá-los nas ações.¹⁸ A8 também enfatiza a baixa adesão dos usuários.²³

Se recompensas são requeridas para que a participação aconteça, o formato dessas atividades não está de acordo com o que a população de fato desejaria para dialogar, ou seja, as temáticas podem não representar significação para esses sujeitos.²⁴ Ademais, se contam excessivamente com o apoio de estudantes, essas ações são colocadas em segundo plano, sem a devida importância enfatizada pelos enfermeiros.

De maneira geral, os estudos apontaram como dificuldades a grande demanda, com inúmeros programas, sistema informatizado e aspectos burocráticos do serviço que estão a cargo do enfermeiro, conflitos vivenciados pela equipe, estrutura física inadequada e escassez de recursos materiais.

Observa-se que nos estudos, apesar dos relatos de autonomia e emancipação dos sujeitos oportunizada pela educação em saúde, a práxis demonstra outra vertente, em que as práticas apresentadas estão imbricadas na deposição de informações e de dominação dos profissionais nessas práticas, considerando que nos estudos não foram apresentadas a programação dessas atividades baseadas no que a comunidade traz de demanda.

As práticas educativas apontaram para uma perspectiva de educação grupal, sendo que essa relação dialógica pode (e deve) ser construída a qualquer momento, em qualquer situação, inclusive de maneira individual.

Considerações finais

Os estudos trazem concepções de uma educação em saúde pautada no discurso tradicional, de prevenção ou de cura de doenças. Embora os enfermeiros nos artigos estudados ressaltem que 'educar para a saúde' traz emancipação, empoderamento e fortalecimento de cidadania, em suas ações

cotidianas há uma reprodução do modelo sanitaria e higienista, com temas determinados, grupos já estabelecidos, conhecimento reificado dominante e também desvalorizando o saber popular.

As próprias metodologias utilizadas estão fortemente centradas na educação tradicional, de depósito de informações, com poucos relatos de relação dialógica, que, mesmo citada, não foi demonstrada como de fato acontece no cotidiano da ESF. À exceção do artigo que traz a valorização da EPS, os demais possuem descrições sobre a temática em uma perspectiva extremamente biologicista.

Ademais, ressalta-se que apesar de ser uma temática bastante explorada, poucos foram os estudos que versaram essencialmente sobre os saberes e práticas da educação em saúde do enfermeiro na ESF, o que demonstra lacunas na produção desse conhecimento.

Referências

1. Silva RMMS, Vieira CS, Toso BRGO, Neves ET, Silva-Sobrinho RA. A integralidade na assistência à saúde na visão dos cuidadores. *Saúde debate*. 2015; 39(106):716–729. [Acesso em 25 Mai 2019].
2. Costa DW, Parreira BDM, Borges FA, Tavares DMS, Chaves LDP, Goulart BF. Educação em saúde e empoderamento do usuário da Estratégia Saúde da Família. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(1):96-102. [Acesso em 22 Jun 2020].
3. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):389-402. [Acesso em 28 Mai 2019].
4. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018; 28(2) e280206. [Acesso em 25 Jun 2020].
5. Maia JDS. A educação em saúde para usuários hipertensos: Percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Ciênc. Plur*. 2018; 4(1):81-97. [Acesso em 29 Mai 2019].
6. Gonzáles CM, Teixeira MLO, Castelo Branco EMS. Cuidado educativo compartilhado: estratégia de ação da enfermagem junto a usuários com insuficiência renal crônica. *Rev baiana de enfermagem*. 2017;31(3):e17536. [Acesso em 30 Mai 2019].
7. Feitosa MDS, Machado MFAS, Feitosa Júnior FP, Guimarães JMX, Marinho MNASB. Práticas de educação em saúde dos profissionais da estratégia saúde da família de Barbalha, Ceará. In: Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Neiva Francenely Cunha Vieira; Claudete Ferreira de Sousa Monteiro (Org.). *Educação e saúde: construção e caminhos na estratégia saúde da família*. Ied.Sobral - CE: Edições UVA, 2016, p. 283-294.
8. Ramos CFV, Araruna RC, Lima CMF, Santana CLA, Tanaka LH. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2018;71(3):1144-51. [Acesso em 25 Mai 2019].

9. Bruno J, Costa NMS, Moraes BA. Concepções e práticas de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. Congresso de Investigação Qualitativa 2018. v. 2 (2018): Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. [Acesso em 23 Mai 2019].
10. Bomfim ES, Slob EMGB, Oliveira BG, Ribeiro BS, Carmo EA, Santos PHS, Santana MLAAM, Rosa RS. Práticas educativas do enfermeiro no cotidiano na Estratégia Saúde da Família. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2016;10(5):37-52. [Acesso em 25 Jun 2020].
11. Vieira FS, Portela NLC, Sousa GC, Costa ES, Oliveira DEP, Neiva MJLM. Inter-relação das ações de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: percepções do enfermeiro. Rev Fund Care Online. 2017 out/dez; 9(4): 1139-1144. [Acesso em 29 Mai 2019].
12. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. [Editorial]. Rev Min Enferm. 2014 jan/mar; 18(1): 9:11. [Acesso em 29 Jun 2020].
13. Mira QLM, Barreto RMA, Vasconcelos MIO. Impacto do PET-Saúde na formação profissional: Uma revisão integrativa. 2016 abr/jun; 40(2):514-531. [Acesso 28 Jun 2020].
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
15. Bonfim ES, Araújo IB, Santos AGB, Silva AP, Vilela ABA, Yara SD. Atuação do enfermeiro acerca das práticas educativas na Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line. 2017 mar;11(Supl. 3):1398-1402. [Acesso em 30 Mai 2019].
16. Sousa GS, Monroe KCMC, Ferreira MGS. Percepção dos enfermeiros das equipes de saúde da família sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia. Rev enferm UFPE on line. 2016 mar;10(Supl. 4):3593-3600. [Acesso em 27 Mai 2020].
17. Santos AR, Santos RB, Marta RM, Nascimento JC, Vilela ABA. Rose Manuela Marta; Nascimento, Jorge Costa; Vilela, Alba Benemérita Alves. Educação popular como ferramenta de participação e promoção da cidadania na Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line. 2016 mar; 10(9):3259-364. [Acesso em 29 Mai 2019].
18. Oliveira DM, Santos AMX, Paula AM, Silva EA, Ribeiro L, Mendonça ET. Concepções e práticas de educação em saúde: Perspectivas de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line. 2016 nov;10(11):3901-3910. [Acesso em 28 Mai 2019].
19. Cervera DPP, Parreira BD, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(supl. 1):1547-1554. [Acesso em 30 Mai 2019].
20. Feio A, Oliveira CC. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. Saúde Soc. São Paulo. 2015;24(2):703-715. [Acesso em 30 Mai 2019].
21. Nogueira IS, Vergaças HM, Santos LF, Cypriano PE, Moreno MG, Lima SO, Baldissera VDA. A prática educativa na Estratégia Saúde da Família: Estratégia para repensar e construir ações dialógicas. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR. 2015;19(1):11-17. [Acesso em 29 Mai 2019].
22. Lubini VT, Willrich JQ, Pinheiro GEW, Kantorski LP, Pickersgill MF. Impactos das ações educativas nos indicadores de saúde: Potencialidades e fragilidades. Rev enferm UFPE on line. 2018;12(6):1640-1647. [Acesso em 30 Mai 2019].

23. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. Keily Siukya Mendes de Aguilar. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Rev. APS. 2008 jan/mar:11(1):54-61. [Acesso em 30 Mai 2019].

24. Strehlow BR, Dahmer L, Oliveira TB, Fontana RT. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do pet - vigilância em saúde. Rev Fund Care Online. 2016. abr./jun. 8(2):4243-4254. [Acesso em 28 Jun 2020].

Figura 1. Descrição da seleção dos estudos

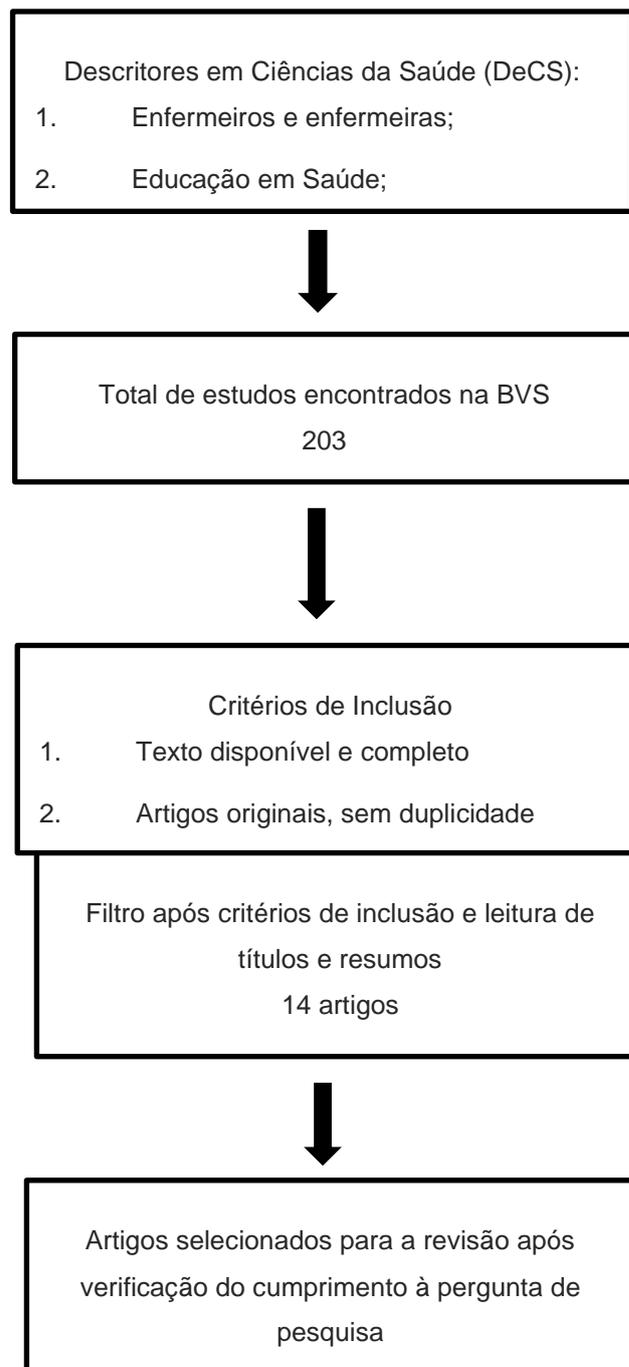


Tabela 1: Características dos artigos selecionados para o estudo. Fortaleza – CE, 2019.

Artigo	Ano	Título	Objetivo(s)	Resultados/Considerações
A1	2018	Impactos da ação educativa nos indicadores de saúde: Potencialidades e fragilidades	Discutir as potencialidades e fragilidades identificadas por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento de ações de educação em saúde e o impacto nos indicadores de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - As ações educativas apresentam reconhecimento pelos usuários acerca do trabalho do enfermeiro na atenção básica consolidando o vínculo, trazendo empreendedorismo ao trabalho do enfermeiro; - As práticas educativas melhoram os indicadores de saúde e qualificam o profissional.
A2	2017	Inter-relação das ações de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: percepções do enfermeiro	Conhecer as percepções do enfermeiro acerca da inter-relação das ações de educação em saúde (ES) no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF)	<ul style="list-style-type: none"> - As atividades desenvolvidas na ESF de educação em saúde estão relacionadas aos programas já consolidados, numa perspectiva de educação ainda tradicional, com barganha para alcançar público, mas que de alguma forma ajudam no autocuidado das pessoas; - Os enfermeiros ressaltaram inúmeras dificuldades, relacionadas desde estrutura física e materiais ao nível de instrução da comunidade; - Há necessidade dos enfermeiros repensarem sobre suas limitações para planejamento das atividades de acordo com as demandas da população.
A3	2017	Atuação do enfermeiro acerca das práticas educativas na Estratégia Saúde da Família	Discutir a atuação do enfermeiro acerca das práticas educativas na Estratégia de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> - Educação em saúde como forma de prevenção de doenças, com práticas exclusivamente de caráter informativo, predominando o saber científico, valorizando o modelo biologicista, em forma de palestras com grupos específicos, na perspectiva da educação bancária;

				- As práticas são voltadas para que haja mudança de comportamento da população, com foco na doença, desconsiderando os saberes e as crenças/necessidades da população.
A4	2016	Educação popular como ferramenta de participação e promoção da cidadania na Estratégia Saúde da Família	Evidenciar a utilização da educação popular em saúde por enfermeiras na promoção da cidadania dos usuários na atenção básica	- A educação popular foi considerada pelos enfermeiros como forma de empoderamento ou fortalecimento da participação social, potencializando a criatividade e autonomia dos sujeitos e transformando realidades; - A educação popular se destaca nos vários espaços de produção do cuidado em saúde e fortalece o vínculo entre profissionais e comunidade.
A5	2016	Percepção dos enfermeiros das equipes de saúde da família sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia	Compreender a percepção dos enfermeiros atuantes nas equipes de saúde da família do município de Altamira/PA sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia em sua unidade de trabalho	- Educação em saúde compreendida na dimensão do cuidado e promoção da saúde, alcançando o cuidado com o outro e com a família, proporcionando também qualidade de vida; - No discurso, a educação em saúde deve estar pautada na troca de conhecimento, num modelo pedagógico de valorização do outro como sujeito de seu território e de seus momentos, implicando diretamente a adesão e colaboração nas ações de saúde desenvolvidas em sua comunidade, porém na prática, o que é realizado é a mera programação de palestras.
A6	2016	Concepções e práticas de educação em saúde: Perspectiva de enfermeiros da	Analisar as concepções e práticas de educação em saúde sob a ótica de enfermeiros da	- Os enfermeiros compreendem a educação em saúde como uma modalidade individual ou grupal, com modalidades educativas pautadas no modelo tradicional de palestras ou orientações, com foco na

		Estratégia Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família	transmissão de conhecimentos e valorização do saber técnico/científico, que acontecem na proposição da barganha para adesão da população. - As concepções e práticas apontam para um educador ainda distante de sua identidade profissional, com elementos que precisam ser refletidos e revistos.
A7	2011	Educação em saúde: Percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)	Conhecer a percepção dos enfermeiros, vinculados à Estratégia Saúde da Família, sobre a educação em saúde, em Uberaba (MG).	- As ações educativas foram consideradas pelos enfermeiros como ações pontuais, de informações na perspectiva da educação bancária e que favorecem a postura e crescimento profissional, porém com inúmeras dificuldades de consolidação; - Os discursos no campo teórico dos profissionais são atuais, porém ao trazerem sua prática, esta se dá fundamentalmente na configuração do saber técnico, sem oportunizar a troca de conhecimentos.
A8	2008	O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	Caracterizar o discurso do enfermeiro sobre a educação em saúde, discutindo alguns fatores que interferem no desenvolvimento desta prática, no Programa Saúde da Família, em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	- Educação em saúde pautada no modelo sanitário prescritivo, com ênfase no controle das doenças de modo a intervir no comportamento da população, porém preocupando-se com a adesão por considerarem essas ações importantes na responsabilização dos usuários e da comunidade na promoção e proteção da saúde; - Os momentos para que essas atividades aconteçam são predeterminados e nem sempre há a aplicação de metodologias participativas; - Relataram como dificuldades para essas práticas a estrutura física, falta de recursos materiais, grande demanda do serviço, inúmeras atividades

				burocráticas, pouco interesse da população e formação deficiente para atuarem nesse campo.
--	--	--	--	--

Como citar: Marinho MNASB et al. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: Saberes e práticas de enfermeiros – Revisão integrativa. **Saúde em Redes.** 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p233-247

Recebido em: 30/06/20

Aprovado em: 30/12/20





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

REVISÃO DE LITERATURA

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p249-263

Prevalência e Fatores Associados a Transtornos Mentais Entre Universitários da Área da Saúde: Revisão de Literatura

Prevalence and factors associated with mental disorders in university students in health area: a narrative review of the literature

Gabriel Angelo de Aquino

Enfermeiro. Mestre e Doutorando do Departamento de Fisiologia e Farmacologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Brasil.
E-mail: gabrielangeloaqui@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7139-3380

Gabriel da Cruz Santos

Enfermeiro. Residente em Terapia Intensiva. Hospital Geral Roberto Santos. Salvador – Brasil.
E-mail: gcsantos.enf@gmail.com
ORCID: 0000-0003-2092-3753

Ana Rízzia Cunha Cordeiro Forte

Médica Psiquiatra. Mestra pelo Departamento de Fisiologia e Farmacologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Brasil.
E-mail: rizziacordeiro@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5143-6918>.

Camilla Teixeira Pinheiro Gusmão

Médica Psiquiatra. Mestranda do Departamento de Fisiologia e Farmacologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Brasil.
E-mail: camilla_tp@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-3240-2587.

Karoline Lima Vieira.

Bióloga. Mestranda do Departamento de Fisiologia e Farmacologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Brasil.
E-mail: karoline.lima32@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4156-8594

Victoria Pinheiro Silveira Prata.

Graduanda em Medicina. Faculdade de Medicina. Centro Universitário Christus. Fortaleza – Brasil.
E-mail: victoriapsprata@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9536-379X.

Gabriel Magalhães Torquato.

Graduando em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. Sobral – Brasil.
E-mail: gabriel_torquato10@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-8537-4447.

Morgana Carla Souza Torres. Enfermeira.

Mestranda do Departamento de Fisiologia e Farmacologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Brasil.
E-mail: morgana.carla.mc@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-3846-3401.

Larissa Alexandrino de Oliveira

Graduanda em Medicina. Faculdade de Medicina. Centro Universitário Christus. Fortaleza – Brasil.
E-mail: larilex_@hotmail.com.
ORCID: 0000-0002-5447-7707.

Marianna Letícia Vasconcelos Patrocínio

Graduanda em Medicina. Faculdade de Medicina. Centro Universitário Christus. Fortaleza – Brasil.
E-mail: marianna_l@hotmail.com.
ORCID: 0000-0003-0636-8685.

Silvânia Maria Mendes Vasconcelos

Doutora em Farmacologia. Professora do Departamento de Fisiologia e Farmacologia.
Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Brasil.
E-mail: silvania_vasconcelos@yahoo.com.br.
ORCID: 0000-0003-1478-0127.

Resumo:

Objetivos: Analisar as principais produções da literatura científica brasileira sobre a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais entre estudantes universitários da área da saúde. **Fonte de dados:** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados Scielo, PubMed e Science Direct, sendo incluídas 15 pesquisas originais sobre o tema. **Conclusão:** O cuidado em saúde mental durante a graduação, com ênfase na prevenção do adoecimento mental dos estudantes da saúde, perpassa por nuances que exigem dos alunos diversas adaptações. É urgente e necessário o envolvimento das instituições de ensino no desenvolvimento de políticas educacionais e oferta de serviços de suporte terapêutico nesse processo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Transtornos Mentais. Serviços de Saúde para Estudantes. Depressão. Ansiedade.

Abstract:

Objectives: To analyze the main productions of the Brazilian scientific literature on the prevalence and factors associated with mental disorders among university students in the health area. **Database:** A narrative literature review was performed in the Scielo, PubMed and ScienceDirect, including 15 original researches on that topic. **Conclusion:** Mental health care during graduation, with emphasis on prevention of mental illness of health students, goes through nuances that require several students' adaptations. It is urgent and necessary the involvement of educational institutions in the development of educational policies and offer therapeutic support services in this process.

Keywords: Mental health; Mental disorders; Student health services; Depression; Anxiety.

Introdução

Nos últimos anos, a preocupação e as discussões acerca da saúde mental dos estudantes que cursam graduação na área da saúde têm ganhado destaque na comunidade científica. Tal fato tem importância porque demonstra alto índice de sofrimento e, até mesmo, de suicídio entre esses estudantes. Vale

salientar que o sofrimento mental desses alunos reverbera, também, a futura prática profissional, podendo ter impacto nas relações destes com os pacientes¹.

Embora o sofrimento mental entre estudantes não seja uma realidade exclusiva de acadêmicos da saúde, pois se encontra, também, em outras áreas de formação, o contato com a prática clínica e com a morte, a agressividade das diversas intervenções, as situações de difícil manejo e o medo de errar têm sido apontados como fatores estressores durante a formação acadêmica^{2,3}.

Ademais, mudanças no ritmo de vida, na carga horária de estudos, expectativas, cobranças institucionais e sociais em torno da formação e o, não raro, distanciamento familiar durante o processo de formação têm sido apontados como fatores ansiogênicos, responsáveis pelo surgimento de transtornos mentais e suicídio entre jovens universitários². Soma-se a isso a ausência de discussões acerca da saúde mental durante a formação profissional, necessárias para o enfrentamento das recorrentes situações estressoras da graduação, que se desdobram em mau desempenho acadêmico e surgimento de transtornos psíquicos¹.

Investigar características associadas à ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) em alunos, bem como planejar e ofertar ações preventivas e de promoção da saúde no ambiente acadêmico⁴ possibilitam a identificação de fatores de risco e de proteção. O treinamento de habilidades emocionais tem sido levantado como uma ferramenta importante para o manejo e o enfrentamento das situações estressoras e como medida protetiva do adoecimento relacionado ao processo de formação em saúde⁵.

Considerando o impacto dos transtornos mentais na qualidade de vida e no processo de aprendizagem dessa população e as diferentes contribuições da literatura sobre o tema, é de relevância científica e social a investigação de fatores associados ao desenvolvimento de TMC e das estratégias de enfrentamento que vêm sendo adotadas. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar as principais produções da literatura científica brasileira sobre o adoecimento mental de estudantes universitários da área da saúde, levando em consideração fatores associados e as intervenções propostas.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca do sofrimento mental de estudantes de nível universitário. O procedimento da seleção dos artigos foi feito durante o mês de fevereiro de 2019, nas

bases de dados científicas *Scielo*, *PubMed* e *ScienceDirect*, usando como palavras-chave “depressão”, “ansiedade”, “transtorno mental comum”, “universitários” e “área da saúde”. Foram encontrados 26 artigos, os quais passaram por triagem usando os seguintes critérios: estudos originais, brasileiros, tendo como amostra estudantes de universidades brasileiras, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre o período de 2000 a 2018.

Foram excluídos os estudos que analisaram a população universitária em geral, os estudos fora do recorte temporal e os que tratavam o tema apenas de forma descritiva, sem apontar suas perspectivas ou problematizá-lo. Após análise dos títulos e dos resumos, 15 artigos foram selecionados e submetidos à análise temática de conteúdo para a construção desta revisão.

Resultados e Discussão

Entre os trabalhos analisados ($n = 15$), todos apresentam resultados de pesquisas de corte transversal, com abordagem quantitativa, envolvendo estudantes de diferentes formações de nível superior no campo da saúde. Nesta revisão, encontrou-se predominância de estudos envolvendo isoladamente estudantes de graduação em enfermagem ($n = 5$), seguida pela graduação em medicina ($n = 4$); enquanto os demais estudos ($n = 6$) englobaram, conjuntamente, outros cursos da área da saúde (fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, educação física, biomedicina, odontologia, enfermagem, medicina e farmácia).

Observa-se, ainda, que tais publicações ganharam espaço na produção científica a partir do ano de 2006. Anteriormente, somente um artigo, em 2005, tinha sido publicado sobre a temática. O aumento na produção parece ter acompanhado a expansão do acesso ao ensino superior e as discussões acerca da saúde mental no país.

Todas as pesquisas revelam a predominância de mulheres nos cursos de formação superior no campo da saúde (uma média de 73,9%); contudo, não houve associação estatisticamente significativa entre o surgimento de transtornos mentais e o sexo em nenhum dos estudos. A média de idade dos participantes nas produções analisadas foi de 23 anos, variando entre 17 e 50 anos. As produções são de diferentes regiões do País, sendo a região Sudeste a principal responsável por este tipo de estudos ($n = 12$). Quanto à prevalência média dos transtornos descritos nos trabalhos analisados, vimos um total de 32,8% de adoecimento dos estudantes avaliados.

Partindo para a análise temática das produções, os artigos foram organizados em duas categorias: fatores de risco para o sofrimento e desenvolvimento de TMC e estratégias de promoção,

prevenção e redução do sofrimento. Desse modo, discutimos as temáticas em seis linhas: fragilidade nas redes de apoio social, processo de ensino e aprendizagem, concomitância de atividades laborais e acadêmicas como fatores de risco para TMC; suporte psicopedagógico e emocional, avaliação e acompanhamento da saúde mental e autocuidado como estratégias de redução de sofrimento. Salientamos aqui que essa categorização considerou as discussões centrais do escopo deste trabalho.

Fatores de risco para o sofrimento e o desenvolvimento de transtornos mentais comuns

Muitos têm sido os fatores associados ao desenvolvimento de TMC entre estudantes universitários, revelando uma realidade multifacetada e complexa na experiência universitária. Esta seção se empenha em discutir os fatores de risco levantados nos estudos.

Fragilidade nas redes de apoio social

O afastamento familiar e a falta de uma rede de apoio socioemocional são apresentados como importante fator de risco para o surgimento de TMC, sendo relatado em 6 dos 15 estudos incluídos nesta revisão^{1,3,6-8}. Estudo realizado na Universidade Federal de Pernambuco examinou a prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina, enfermagem, odontologia e educação física, estimando a prevalência de TMC em 34,1% da amostra. Evidenciou-se, neste estudo, que o distanciamento familiar estava associado ao desenvolvimento de TMC⁶.

Em concordância, estudo que analisou a prevalência de TMC em estudantes de medicina encontrou associação estatisticamente significativa entre o TMC e a dificuldade para conquistar amigos ($p = 0,004$) e a falta do suporte emocional necessário ($p < 0,001$)³. Soma-se o resultado da análise da prevalência e os fatores associados à depressão e à ansiedade entre estudantes universitários de um centro universitário de Fortaleza, Ceará, que relacionou maior prevalência de ansiedade a relacionamento insatisfatório com familiares, colegas de sala, amigos e professores¹.

Em relação a situações sugestivas de estresse psicológico prévio, somente a variável “situações específicas na infância/adolescência” demonstrou associação com o surgimento de TMC. Alunos com dificuldades relacionadas à escola bem como socialização, que se apresentaram na educação fundamental e secundária, apresentaram taxas mais elevadas de TMC durante os cursos universitários⁶.

Nesse sentido, estudos internacionais confirmam que estudantes com suporte social fragilizado estão mais susceptíveis a desenvolver transtornos mentais, com risco seis vezes maior de desenvolver

depressão do que estudantes com bom suporte social, mostrando-se um bom indicador para direcionar intervenções neste grupo de indivíduos^{9, 10}.

Os desafios enfrentados por estudantes universitários e a necessidade de tomar decisões importantes, sejam acadêmicas sejam no âmbito emocional e familiar, podem levar a um impacto negativo na saúde física e mental. Quando os indivíduos percebem suporte social, ou seja, sentem-se cuidados, valorizados e pertencendo a uma rede social que pode ser acionada caso necessitem, problemas como o comportamento suicida e a ideação suicida são reduzidos. Desse modo, o suporte da família e dos amigos tem sido associado ao bem-estar psicológico nessa população. Ao contrário, a percepção de grandes demandas e expectativas familiares em relação ao desempenho pode ser fonte de estresse, com impacto negativo na saúde física e mental¹⁰.

De modo geral, a falta de apoio social está associada a aspectos do *Burnout*, como risco aumentado de experimentar exaustão emocional ou senso de baixo desempenho profissional^{11,12}. Habilidades sociais, emocionais e bons relacionamentos interpessoais mostram-se como fatores de proteção em face dos estresses próprios da vida acadêmica, além de contribuírem com o sucesso acadêmico e com a redução da evasão no ensino superior.

Por conseguinte, estudantes que possuem rede de apoio social consolidada e funcional tornam-se mais resilientes, isto é, capazes de reconhecer e manejar efetivamente o estresse emocional e social do dia a dia. Além disso, esses estudantes tendem a transformar eventos negativos em experiências de crescimento pessoal, usando estratégias de enfrentamento positivas, como a resolução de problemas^{11,12}.

Processo de ensino e aprendizagem

O levantamento de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia⁷ evidenciou que o surgimento desses sintomas tem relação com o avanço do estudante no curso de graduação. Algumas das explicações apontadas no estudo incluem a transição do ciclo básico para o clínico e a extensiva carga horária da graduação.

Facundes e Ludemir⁶, utilizando a análise dos métodos empregados no processo de ensino e aprendizagem (relacionamento entre professor-aluno, agendas semanais de desafios acadêmicos, fontes de tensão no curso, razão para escolha do curso e número de testes realizados para admissão em universidades), mostram que os transtornos mentais em alunos da graduação são maiores quando o

processo de ensino e aprendizado é focado no professor (37,4%), a carga horária semanal de aulas é maior do que 30h (38,7%) e os alunos se sentem sobrecarregados (41,6%).

Em uma pesquisa realizada com estudantes de medicina³, observou-se que o modelo da educação médica brasileira prediz elementos como o individualismo, o estímulo à competitividade, as exigências de mercado e expectativas sociais depositadas sobre o papel do médico, desde o período de formação, o que pode ter sua parcela de responsabilidade nos casos de TMC.

Em concordância, a inserção do aluno na prática clínica por meio dos estágios e o medo da atuação profissional sem o apoio do professor foram descritos como fatores desencadeantes de sintomas depressivos¹³. Lima et al³ acrescentam ainda a falta de perspectiva no que tange à realização profissional após a formação, ao passo que Leão et al¹ elencaram a maior preocupação com o futuro como fatores estressores.

Cabe destacar que a formação no campo da saúde requer o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes que possibilitem ao futuro profissional a resolução de problemas de saúde da população em geral. Nessa direção, Ribeiro *et al*¹⁴ destacam a necessidade de promover a humanização do ensino, a utilização de metodologias ativas e a melhoria da relação entre professor, aluno, coordenação de curso, servidores da universidade e entre os próprios alunos como fatores que interferem no processo de ensino e aprendizagem e na qualidade de vida dos acadêmicos.

Concomitância de atividades laborais e acadêmicas

Trabalhar em paralelo ao curso também se mostrou fator de risco para o desenvolvimento de TMC. Fernandes *et al*² avaliaram a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos entre estudantes de enfermagem de uma instituição pública do nordeste do Brasil e encontraram associação estatística positiva entre o nível de sintomas depressivos e o exercício de atividades de trabalho ou emprego ($p = 0,042$), com a razão de prevalência 3,75 vezes maior de depressão entre os estudantes que trabalhavam.

De modo semelhante, estudo realizado em uma instituição de ensino privada da região do ABC encontrou níveis moderados de ansiedade entre estudantes de educação física e fisioterapia, associando o achado à alteração no padrão de sono, possivelmente porque, na amostra em questão, os universitários trabalham durante o dia e utilizam o período noturno para estudar e cumprir compromissos ligados aos estudos. Além disso, verificou-se associação estatística significativa entre os escores totais do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh-BR (IQSP-BR) e Inventário de Depressão de Beck, revelando que quanto maior o prejuízo no sono, mais altos os níveis de depressão¹⁵.

Instituições internacionais de saúde mostram dados importantes sobre a depressão e o suicídio em jovens, sendo a depressão citada como um transtorno mental frequente entre esse público. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades vivem com depressão, sendo as mulheres mais afetadas que os homens¹⁶. Além de comprometer a qualidade de vida, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, o que torna o suicídio a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos, faixa etária comum a estudantes universitários de modo geral¹⁷.

Estratégias de promoção, prevenção e redução do sofrimento

A partir deste ponto, descrevem-se as estratégias apontadas pela literatura para a promoção, a prevenção e o enfrentamento dos sofrimentos psíquicos encontrados entre estudantes da área da saúde.

Suporte psicopedagógico e emocional

A dificuldade no enfrentamento de adversidades entre alguns estudantes leva-os à necessidade de auxílio profissional. Entretanto, essa busca precisa ser fomentada pelas universidades, garantindo, assim, uma formação mais adequada e, principalmente, humanizada para esses futuros profissionais¹.

A literatura aponta como principal estratégia preventiva em saúde mental a educação acerca dos TMC (psicoeducação primária), informando os estudantes sobre os desafios de suas futuras carreiras; além disso, o treino de habilidades, com o objetivo de fomentar estratégias de comunicação, resolução de conflitos, reestruturação cognitiva, relaxamento e foco no momento presente⁵, que podem ser consideradas estratégias de promoção e de prevenção de danos à saúde mental.

Assim, Amaral *et al*¹⁸ afirmam que a detecção precoce das dificuldades encontradas pelos universitários ao longo da formação e a psicoeducação primária podem ser consideradas intervenções estratégicas preventivas, uma vez que reduz os riscos de surgimento de TMC em decorrência da experiência universitária. Em concordância, Garro, Camillo e Nóbrega¹³ recomendam a implantação de programas de suporte psicológico nas universidades, a fim de preparar o aluno para lidar com situações conflituosas no decorrer da formação acadêmica, prevenindo o desenvolvimento de TMC.

Entretanto, o fornecimento de informações é apenas o primeiro passo no desenvolvimento de iniciativas com fins preventivos. A psicoeducação primária isolada apresenta resultados inconsistentes, ora se mostrando eficaz, ora sem eficácia na redução de comportamentos de risco para TMC^{5,15}.

Melhores resultados são obtidos quando os estudantes são submetidos à prática supervisionada das habilidades e têm oportunidade de aprender a combiná-las. Nesse cenário, há mudanças significativas na prevalência de depressão, ansiedade, estresse geral e psicológico, habilidades socioemocionais, autopercepção e desempenho acadêmico, bem como efeito preventivo, de duas a seis vezes, maior do que a intervenção psicoeducacional isolada⁵.

Intervenções baseadas em capacidades cognitivas, comportamentais e/ou atenção plena (*mindfulness*) tem-se mostrado mais efetivas em reduzir o estresse nos estudantes. Com duração entre quatro e oito semanas, os principais protocolos baseiam-se no modelo desenvolvido por Meichenbaum em 1977, cujos pilares são a educação acerca das fontes de estresse, incluindo pensamentos irracionais, e formas de reduzir o estresse psicológico e fisiológico; habilidade de *coping*, incluído treino de relaxamento e reestruturação cognitiva, e aplicação das novas estratégias em situações reais ou simuladas^{15,19}.

Além disso, a condução dessas atividades no contexto da sala de aula mostra-se efetiva, sugerindo que o treino de habilidades deveria ser incluído nas ofertas curriculares, de modo a fomentar o acesso dos estudantes a estratégias psicossociais, melhorar a qualidade de vida durante a experiência universitária e, por fim, atingir o sucesso acadêmico²⁰⁻²².

Dito isso, chama a atenção o estudo realizado por Cavestro e Rocha²³, que estimou a prevalência de 9,6% de risco de suicídio entre alunos dos cursos de medicina, fisioterapia e terapia ocupacional em uma Instituição de Ensino Superior de Minas Gerais, o que revela a urgência de as universidades reorientarem o modelo de formação e disponibilizarem serviços de acompanhamento psicológico acessíveis aos alunos durante a graduação.

Quando se trata de intervenções para redução da ideação e do comportamento suicida, a despeito das taxas crescentes, os programas são escassos. Além disso, as evidências a respeito da efetividade dos programas são fracas, tanto pela falta de acurácia na aferição dos níveis de ideação e comportamento suicida nessa população, como pelo baixo alcance das intervenções testadas²⁴.

Estudos realizados fora do cenário brasileiro comungam a ideia de que vários problemas de saúde mental atingem os estudantes universitários das áreas da saúde e, embora essa população devesse ser priorizada nas intervenções, os serviços existentes nos *campi* – quando existem – não conseguem alcançar os indivíduos que mais se beneficiariam⁵.

Avaliação e acompanhamento da saúde mental

O estigma em relação ao transtorno mental existe mesmo entre os estudantes e profissionais da área da saúde. Reduzir o preconceito acerca de transtornos mentais é fundamental para garantir o diagnóstico e o tratamento adequados, beneficiando tanto os estudantes acometidos, como a população em geral. O medo de não serem compreendidos, de que os problemas mentais sejam interpretados como fraqueza e as implicações que isso pode trazer na carreira acadêmica fazem que a busca por tratamento seja negligenciada^{25, 26}.

Nessa esteira, a Organização Mundial da Saúde reconhece o comportamento suicida como problema de saúde pública mundial e alerta os países sobre a necessidade de desenvolver políticas multisetoriais que reconheçam a importância dessa temática, visando à prevenção do suicídio; ademais, fornece orientações técnicas baseadas em evidências sugerindo a ampliação da prestação de serviços e cuidados direcionados a pessoas vivendo com transtornos mentais¹⁷.

Na investigação conduzida por Chaves *et al*²⁷, foi encontrada a prevalência de 40% de alunos que já haviam realizado algum tipo de tratamento para ansiedade: seja terapia comportamental, seja terapia integrativa complementar, seja, até mesmo, uso de medicamentos. Aponta-se, ainda, que, independentemente, do tipo de tratamento para a ansiedade, esse deve estar baseado em um modelo holístico, que aborde a integralidade do estudante e sua relação com o ambiente ou com o momento vivido.

Outro ponto que merece destaque é a implementação de políticas e a disponibilização de profissionais com experiência em saúde mental para prover orientação aos professores e aos demais colaboradores sobre o manejo de estudantes com problemas emocionais e/ou psiquiátricos nas universidades²⁵.

Existem argumentos em favor da implementação da educação sobre bem-estar no currículo das escolas médicas, tendo em vista que as práticas dos futuros profissionais em relação à sua própria saúde impactam na comunicação e na qualidade do cuidado dispensado, bem como fortalecem a empatia e a prática reflexiva. Enfatiza-se a necessidade de acompanhamento clínico dos estudantes e a importância do sono, do exercício físico, da habilidade de lidar com o estresse e de utilizar abordagens não farmacológicas para o manejo da depressão^{28,29}.

Vale destacar que a saúde mental dos estudantes é, também, um problema institucional, ou seja, os gestores de saúde, de educação e das universidades, bem como o corpo docente precisam reconhecer seu papel nesse processo para traçar estratégias e soluções com o intuito de combater o adoecimento

mental entre os estudantes, evitando relegar a responsabilidade de promoção da saúde e prevenção de transtornos aos indivíduos acometidos pelo sofrimento psíquico.

Práticas de autocuidado

Quanto à definição de estratégias de autocuidado diante da ansiedade, a espiritualidade, relacionada ou não à religiosidade, demonstra ser fator de proteção, atuando na promoção e na preservação da saúde dos estudantes universitários²⁷; enquanto a investigação realizada por Fernandes et al² considera o tempo dedicado ao lazer como fator preventivo ao desenvolvimento de TMC.

Na avaliação do nível de atividade física, um estudo avaliou 220 estudantes nos primeiros e últimos períodos de cursos da área da saúde da Universidade Federal de Alagoas, categorizando o nível de atividade física por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Os autores encontraram risco significativo de desenvolvimento de transtornos mentais ao comparar os estudantes inativos em relação aos ativos (OR = 3,202). De maneira inversa, os estudantes de períodos iniciais eram mais ativos que os concludentes, sendo considerado como fator de proteção para TMC (OR = 0,575). Concluem os autores que o exercício físico contribui para a melhora da qualidade de vida de maneira geral e, especificamente, da saúde mental da população universitária³⁰.

Em concordância, estudantes que referem estar satisfeitos com o padrão de atividade física tiveram duas vezes menos riscos de desenvolver TMC, quando comparados àqueles que não conseguiam praticar atividades físicas³. A rotina universitária somada ao sedentarismo apresenta associação estatística tanto com depressão quanto com ansiedade. Ao contrário, estudantes que praticam atividades físicas regularmente apresentam menor prevalência de TMC¹.

Furegato, Santos e Silva⁸, ao investigarem a relação entre autoestima, percepção de saúde e interesse por saúde mental entre estudantes do curso de bacharelado em enfermagem da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, encontraram uma relação significativamente estatística entre depressão moderada ou grave e menores níveis de autoestima, bem como maior prevalência de depressão moderada ou grave entre alunos com autopercepção de saúde física e mental regular, ruim ou péssima.

Conclusões

O cuidado com a saúde mental durante a graduação perpassa por nuances que exigem dos alunos diversas adaptações, desde a organização da rotina de estudos até o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento aos estressores que surgem no processo de formação. O bem-estar físico e emocional pode ser potencializado por redes de apoio social, terapias cognitivas e de psicoeducação, pela prática de atividades físicas, melhor qualidade do sono e por aspectos espirituais.

Além do treinamento técnico, o desenvolvimento de competências e habilidades emocionais deve ser estimulado pelas Instituições de Ensino Superior, considerando as especificidades de cada profissão; além disso, os currículos de formação devem ser flexibilizados para estimular a cooperação em vez da histórica lógica de competição entre os alunos, sobretudo nos períodos iniciais dos cursos, momento de adaptação dos universitários.

Diante do exposto, a oferta de espaços de lazer e estímulo à prática de atividades físicas nos *campi*, assim como a oferta de grupos de apoio ou serviços especializados no atendimento à saúde mental e desenvolvimento estudantil são apontadas pela literatura como estratégias que podem reduzir a sobrecarga, promover saúde mental e prevenir problemas psicológicos oriundos da experiência universitária.

É extremamente importante o envolvimento das instituições de ensino superior no desenvolvimento de políticas públicas educacionais que perpassem assistência e permanência estudantil, contemplando estratégias de acolhimento, incentivo e apoio aos estudantes durante todo o seu tempo de formação. Há, ainda, a necessidade de investimentos na capacitação de professores e demais servidores do ambiente universitário e dos serviços de saúde que recebem alunos, possibilitando, assim, a oferta de um ensino humanizado e respeitoso e reduzindo elementos estressores na formação acadêmica.

Como limitação deste estudo, apontam-se as diferentes metodologias e os recortes empregados na literatura, a concentração de trabalhos sobre graduações específicas, como medicina, fisioterapia e enfermagem, e a recorrência de trabalhos do campo teórico-descritivo.

Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos, contemplando a tríade da integração entre academia-serviço-comunidade, visto que a formação na área da saúde extrapola a relação aluno-professor-universidade e o ambiente de sala de aula. Cabe, neste processo, entender os profissionais dos serviços de assistência à saúde como agentes formadores, considerando as atividades de orientação

e supervisão que desempenham. Faz-se necessário, portanto, incluí-los em estudos futuros, a fim de melhor direcionar as estratégias de prevenção de transtornos mentais entre esses estudantes.

Referências

1. Leão AM, Gomes IP, Ferreira MJM, Cavalcanti LP de G. Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2018 Dec;42(4):55–65.
2. Fernandes MA, Vieira FER, Silva JS e, Avelino FVSD, Santos JDM, Fernandes MA, et al. Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 5):2169–75.
3. Lima MCP, Domingues M de S, Cerqueira AT de AR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saude Publica*. 2006 Dec;40(6):1035–41.
4. Graner KM, Cerqueira AT de AR. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Jul 23];24(4):1327–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401327&tlng=pt
5. Conley CS, Durlak JA, Kirsch AC. A Meta-analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prev Sci* [Internet]. 2015 May 7;16(4):487–507. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25744536/>
6. Facundes VLD, Ludermit AB. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2005;27(3):194–200. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n3/a07v27n3.pdf>
7. Rezende CHA de, Abrão CB, Coelho EP, Passos LB da S. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008;32(3):315–23. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a06.pdf>
8. Furegato ARF, Santos JLF, Silva EC da. Depressão Entre Estudantes De Enfermagem Relacionada À Auto-Estima, À Percepção Da Sua Saúde E Interesse Por Saúde Mental. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2008;16(2). Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_05.pdf
9. Jennifer H, Daniel E. Social support and mental health among college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009;79(4):491–9.
10. Khallad Y, Jabr F. Effects of perceived social support and family demands on college students' mental well-being: A cross-cultural investigation. *Int J Psychol*. 2016;51(5):348–55.
11. Games N, Thompson CL, Barrett P. A randomised controlled trial of the Adult Resilience Program: A universal prevention program. *Int J Psychol*. 2019;ijop.12587.
12. Thompson G, McBride RB, Hosford CC, Halaas G. Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. *Teach Learn Med*. 2016;28(2):174–82.

13. Garro IMB, Camillo SDO, Nóbrega MDPDS. Depressão em graduandos de enfermagem. *ACTA Paul Enferm*. 2006;19(2):162–7.
14. Ribeiro IM, Patrício ZM, Reis AE dos, Santos EM dos. Repercussões do processo ensino-aprendizagem na qualidade de vida-saúde de acadêmicos: entre possibilidades e limitações. *Reme - Rev Min Enferm* [Internet]. 2010;14(1):96–102. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/93#>
15. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Dev* [Internet]. 2011;82(1):405–32. Available from: <https://www.caseli.org/wp-content/uploads/2016/08/PDF-3-Durlak-Weissberg-Dymnicki-Taylor--Schellinger-2011-Meta-analysis.pdf>
16. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Folha informativa - Depressão [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2020 Aug 5]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095
17. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Folha informativa - Suicídio [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2020 Aug 5]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839
18. Amaral GF do, Gomide LM de P, Batista M de P, Pícolo P de P, Teles TBG, Oliveira PM de, et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: Um estudo de prevalência = Depressive symptoms in medical students of Universidade Federal de Goiás: A prevalence study. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [Internet]. 2008;30(2):124–30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a08%0Ahttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-05471-004&lang=es&site=ehost-live%0Ahttp://gfamaral@persogo.com.br>
19. Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2013;148(1):1–11.
20. Conley CS, Durlak JA, Dickson DA. An Evaluative Review of Outcome Research on Universal Mental Health Promotion and Prevention Programs for Higher Education Students. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2013 Jul;61(5):286–301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23768226/>
21. Šouláková B, Kasal A, Butzer B, Winkler P. Meta-Review on the Effectiveness of Classroom-Based Psychological Interventions Aimed at Improving Student Mental Health and Well-Being, and Preventing Mental Illness. *J Prim Prev*. 2019;40(3):255–78.
22. Karaca A, Yildirim N, Cangur S, Acikgoz F, Akkus D. Relationship between mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. *Nurse Educ Today*. 2019;76:44–50.
23. Cavestro JDM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2006;55(4):264–7. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a01v55n4.pdf>
24. Witt K, Boland A, Lamblin M, McGorry PD, Veness B, Cipriani A, et al. Effectiveness of universal programmes for the prevention of suicidal ideation, behaviour and mental ill health in medical students: A systematic review and meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2019;22(2):84–90.

25. Storrie K, Ahern K, Tuckett A. A systematic review: Students with mental health problems-A growing problem. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(1):1–6.
26. Stubbs A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: A review of the literature. *Australas Psychiatry*. 2015;22(6):579–84.
27. Chaves E de CL, Lunes DH, Moura C de C, Carvalho LC, Silva AM, Carvalho EC de. Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015;68(3):504–9. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0504.pdf>
28. Moir F, Yelder J, Sanson J, Chen Y. Depression in medical students: current insights. *Adv Med Educ Pract*. 2018;Volume 9:323–33.
29. Eisenberg D, Golberstein E, Hunt JB. Mental Health and Academic Success in College. *B E J Econom Anal Policy [Internet]*. 2009 Sep 15;9(1). Available from: <http://www.degruyter.com/view/j/bejeap.2009.9.1/bejeap.2009.9.1.2191/bejeap.2009.9.1.2191.xml>
30. Silva A de O, Cavalcante Neto JL. Associação entre níveis de atividade física e transtorno mental comum em estudantes universitários. *Motricidade*. 2014 Mar;10(1):49–59.

Como citar: Aquino GA et al. Prevalência e Fatores Associados a Transtornos Mentais Entre Universitários da Área da Saúde: Revisão de Literatura. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p249-263

Recebido em: 19/06/20

Aprovado em: 20/12/21





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p265-282

Educação e Relações Interprofissionais na Saúde: Uma Revisão Integrativa

Education and Interprofessional Relations in Health: an Integrative Review

Heloisa Schatz Kwiatkowski

Enfermeira pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó-SC, Brasi

E-mail: eloisa.kwiatkowski@estudante.uffs.edu.br

ORCID: 0000-0002-7499-3477

Marina Klein Heinz

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), campus

Chapecó-SC, Brasil.

E-mail: marinakleinheinz@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9585-4003

Larissa Gabriella Schneider

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), campus

Chapecó-SC, Brasil.

E-mail: lari_gschneider@outlook.com

ORCID: 0000-0002-0648-5577

Carlos André Guerreiro Silva

Acadêmico do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC).

E-mail: carlosgsilva96@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8443-3775

Ana Júlia Sandri da Silva

Enfermeira pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), campus Chapecó-SC, Brasil.

E-mail: anajuliasandri@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9168-1769

Silvana dos Santos Zanotelli

Docente adjunta no Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) Chapecó-SC,

Brasil.

E-mail: silvana.zanotelli@udesc.br

ORCID: 0000-0001-5357-0275

Débora Tavares de Resende e Silva

Docente do programa de pós-graduação em Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Fronteira Sul (UFFS) Chapecó,

Brasil.

E-mail: debora.silva@uffs.edu.br

ORCID: 0000-0002-3813-7139

Resumo:

Objetivo: analisar a produção nacional existente sobre educação e relações interprofissionais.

Metodologia: constitui-se um estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa, utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde. Os critérios utilizados para inclusão foram trabalhos disponíveis de forma completa,

produções brasileiras, no idioma português, espanhol e inglês publicados entre o ano de 2015 e 2020. Foram critérios de exclusão artigos duplicados e que a temática não estivesse relacionada ao interesse da pesquisa. Síntese dos dados: percebe-se que a educação interprofissional está em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e vem sendo incorporada no Brasil há alguns anos. Destaca-se a importância das políticas e Instituições de Ensino Superior para o desenvolvimento de profissionais colaborativos interprofissionalmente. Ainda, identifica-se a positividade percebida em relação à integração da interprofissionalidade no ensino, bem como também desafios para sua efetiva incorporação, tanto no ensino, quanto nos ambientes de trabalho. Conclusões: este estudo (re)afirma a importância da temática pesquisada, tanto na formação em saúde, como na atuação profissional, contribuindo, sobremaneira, para a melhoria da atenção à saúde no contexto dos serviços de saúde, atualmente.

Palavras-chave: Trabalho em saúde; Ensino em saúde; Colaboração intersetorial.

Abstract:

Objective: to analyze the existing national production on education and interprofessional relations. **Methodology:** this is a bibliographic study, of the integrative review type, using the Virtual Health Library. The criteria used for inclusion were works available in full, Brazilian productions, in Portuguese, Spanish and English published between the year of 2015 and 2020. Exclusion criteria were duplicate articles and the theme was not related to the research interest. **Summary of the findings:** it is clear that interprofessional education is in line with Sistema Único de Saúde principles and guidelines and has been incorporated in Brazil for some years. The importance of policies and higher education institutions for the development of collaborative professionals interprofessionally is highlighted. Still, the positivity perceived in relation to the integration of interprofessionality in teaching is identified, as well as challenges for its effective incorporation, both in teaching and in work environments. **Conclusions:** this study (re)affirms the importance of the researched theme, both in health education and in professional practice, contributing, greatly, to the improvement of health care in the context of health services, currently.

Keywords: Health Services; Health Education; Intersectoral collaboration.

Introdução

Desde as décadas de 1960/1970, vinculado com o movimento da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral o trabalho em equipe movimenta as mudanças na prática em saúde, principalmente com relação a formação dos profissionais, que deixa de ser uniprofissional para ser uma educação interprofissional com o passar dos anos.¹ Em 2010, com a abordagem da Organização Mundial da Saúde (OMS), através da publicação do “Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, indicando a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) como uma potente estratégia de redução da crise mundial na força de trabalho na saúde, o tema começa a ser inserido nas propostas curriculares nas Instituições de Ensino Superior (IES), reorientando a perspectiva da formação para tornar-se uma educação multiprofissional.^{2,3}

No Brasil, as discussões e as práticas apoiadas na EIP ainda são recentes, apesar disso, a sua proposta está fortemente alinhada com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde (APS), que tem como um dos seus princípios base a integralidade, caracterizada pelas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando o contexto do usuário ou comunidade.⁴ Nesse contexto, as políticas públicas de educação e de saúde tem sido um importante fortalecimento para as modificações no processo de educação dos profissionais da saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como uma das diretrizes operacionais o trabalho em equipe como ordenador do cuidado.⁵

Analisando esse contexto, para que esse novo modelo de assistência se concretize, deve-se existir uma corresponsabilidade entre SUS e as IES, de maneira que as práticas colaborativas possam efetivamente acarretar mudanças no modelo de atenção e da formação dos profissionais de saúde na perspectiva centrada na integralidade, no trabalho em equipe, na comunicação e na resolução centrada no usuário. Assim, valorizando as diferentes profissões, compreendendo as peculiaridades particulares de cada uma e as integrando, para efetivar o ensino na graduação e o atendimento ao usuário no sistema.⁶

Ainda assim, nota-se a necessidade de uma reestruturação da forma como o trabalho é realizado dentro dos serviços de saúde. Porém, essa modificação surge diante de mudanças institucionais, da organização, articulação dos serviços e de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde. Com isso, as IES estão inseridas buscando a formação de profissionais de saúde que saibam trabalhar multiprofissionalmente.⁷ A prática colaborativa só será possível quando houver vivências e experiências cotidianas e maior integração entre ensino e trabalho. Além disso, é necessária a integração entre as equipes com novas práticas clínicas que promovam a integração das ações e estabelecimento de redes de cuidado entre a atenção primária, secundária e terciária.⁸

Vivências e experiências interdisciplinares e interprofissionais provocam ansiedades em relação às práticas possíveis de serem associadas tanto na formação, quanto na assistência em saúde. Considera-se assim, evidente a necessidade da realização de pesquisas e publicações de resultados que demonstrem as experiências dos profissionais e estudantes que atuam no sistema. Dessa forma, o presente artigo visa analisar as produções nacionais existentes sobre educação e relações interprofissionais.

Metodologia

Este artigo constitui-se de um estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa, conhecido como tipo de estudo que traz a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, proporcionando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto. Ademais, propicia elencar as lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas a respeito de uma determinada área de estudo.⁹

Para realização deste estudo, foram respeitadas as seguintes etapas: 1ª Identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora; 2ª Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa da literatura; 3ª Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4ª Avaliação dos estudos incluídos; 5ª Interpretação dos resultados; e 6ª Apresentação da revisão do conhecimento.¹⁰ A pergunta norteadora deste estudo, portanto, consistiu em: *qual a produção nacional existente sobre educação e relações interprofissionais?*

A busca dos estudos utilizou-se da Biblioteca Virtual em Saúde, sendo utilizados os descritores: Educação interprofissional e Relações interprofissionais em buscas separadas. Os critérios de inclusão dos artigos selecionados para esta revisão foram: textos completos, produções brasileiras, idioma português, espanhol e inglês, artigos tendo o período de publicação entre o ano de 2015 e 2020. Os critérios de exclusão para os artigos foram: artigos duplicados e que a temática não estava relacionada ao interesse da pesquisa.

Foram identificados 167 registros por meio de pesquisa do primeiro descritor (Educação interprofissional), e 50953 registros por meio de pesquisa do segundo descritor (Relações interprofissionais), totalizando 51120 registros identificados na base de dados. Após a aplicação dos filtros de critério de inclusão e exclusão e a análise destes documentos, foram selecionados para leitura na íntegra 24 artigos, conforme Figura 1:

Resultados

A interpretação/análise dos resultados, foi feita por meio da leitura na íntegra dos 24 artigos selecionados e de sua sistematização com um instrumento validado (Quadro 1).¹¹ Esse quadro foi composto pelos itens: nome do artigo, autores e ano de publicação e intervenção estudada. Os dados obtidos são descritos a seguir.

Discussão

Em 2014, no 53º Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), países da Região das Américas reafirmaram o compromisso com a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, constatando que tais melhorias estão relacionadas, dentre outras coisas, à qualificação dos recursos humanos para a saúde. Nesse sentido, destaca-se a colaboração interprofissional.³⁶

A colaboração interprofissional caracteriza-se como uma estratégia para aplacar a crise de força de trabalho e potencializar a atenção em saúde, permitindo a partir do trabalho interprofissional a otimização de habilidades e a efetivação da atenção integral de alta qualidade, aspecto alinhado ao princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, ressalta-se a importância da Educação Interprofissional, no sentido de instigar o desenvolvimento de atitudes, conhecimentos, habilidade e comportamentos apropriados à prática colaborativa. Desta forma, a Educação Interprofissional constitui-se uma recomendação da OMS para a melhoria dos serviços de saúde.^{12, 36, 37}

No Brasil, o desenvolvimento da Educação Interprofissional tem sido apoiado, principalmente, pela publicação do conjunto de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, que deixa evidente a responsabilidade das instituições formadoras em qualificar futuros profissionais, assegurando que a prática profissional esteja consonante com a Educação Interprofissional.³⁷

Nessa perspectiva, estudos identificaram aptidão por parte das instituições de potencializar ações direcionadas para a interprofissionalidade. Tais autores também corroboram com os apontamentos de que a Educação Interprofissional, bem como a prática, alinha-se aos princípios do SUS e é fortalecida pelas DCN.^{18, 20, 21, 22, 24, 28, 29, 32, 33, 34, 35}

Dentre as estratégias para desenvolvimento de práticas interprofissionais no âmbito da formação profissional das Instituições de Ensino Superior, destacaram-se: projetos pedagógicos com ênfase no trabalho em equipe interprofissional e na integralidade do cuidado ao usuário; projetos de extensão, com destaque para os de participação interprofissional, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); componentes curriculares/módulos com temática e/ou metodologia direcionada à interprofissionalidade; revisão de matrizes curriculares para adequações às mudanças de paradigma, incluindo a adesão à Educação Interprofissional; e as residências multiprofissionais. Todas estas estratégias objetivam romper com o ensino uniprofissional, médico centrado e flexneriano.^{18, 20, 21, 28, 29, 32, 35}

Frente à adoção destas estratégias, estudos apontam alguns aspectos positivos vivenciados por discentes, como: promoção da troca de saberes e juízos, através da convivência interprofissional;

observação da prática colaborativa, através das atividades práticas desenvolvidas; possibilidade de conhecer as outras profissões através de docentes com formação profissional diferente; ensino com maior humanização e visão ampliada no meio profissional e multiprofissional através das metodologias ativas; inserção no SUS, especialmente para os cursos que não abordam isso em sua matriz, com observação de aspectos positivos do Sistema; imensa contribuição dos projetos de extensão, definidos como “divisor de águas” na formação profissional; e relevância da residência multiprofissional, que proporciona as vivências do trabalho em equipe e práticas colaborativas aliadas ao ensino.^{13, 18, 21, 30, 33, 34, 35}

Particularmente, os projetos e programas de extensão mostraram grande relevância, tanto sob a perspectiva acadêmica, como quanto para profissionais da saúde e comunidade participantes. De acordo com os discentes, através dos projetos de extensão eles tiveram acréscimo à formação profissional, ampliação do conhecimento e experiência, experimentação do trabalho interdisciplinar e humanizado, aproximação entre universidade e comunidade, além de incentivo à formação técnico-científica humanizada. Já as aprendizagens confirmadas pela equipe foram a interdisciplinaridade, melhora no comportamento interprofissional, interação com outras áreas do conhecimento, além da educação popular e estímulo à educação permanente. Dentre estas estratégias, destacam-se o PET-Saúde e o VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.^{12, 13, 21, 26, 27, 34}

Em contrapartida, os efeitos destas estratégias também foram percebidas por alguns acadêmicos como negativas, a exemplo: eles afirmaram que a troca de saberes depende da reciprocidade do outro em compartilhar experiências, e que quando isso não acontece existe a lacuna de conhecimento; outros afirmaram que ter um docente de outra profissão caracterizava uma oportunidade perdida de aprendizado sobre competências específicas de seu curso; as metodologias também resultaram em alguns pontos negativos, visto que esta exige por parte dos discentes maior dedicação, tempo e mudança abrupta de comportamento, maturidade e organização; outros discentes, após a inserção no SUS, tiveram a visão de precariedade do Sistema; além de haverem relatos sobre o tutor não incentivar ou não demonstrar interesse nas práticas desenvolvidas.^{33, 34, 35}

A partir destas percepções e experiências, percebem-se desafios na implementação da Educação Interprofissional, tanto por parte das instituições de ensino e seus atores, quanto pelo Sistema Único de Saúde e sua infraestrutura e recursos. Parte-se do princípio de que a EIP é desafiadora e complexa, no sentido de ser contra hegemônica aos processos educacionais disciplinares, de forma que exige novas formas de ver, fazer e ser por parte dos sujeitos inseridos neste processo. Como já citado anteriormente, a EIP e as metodologias ativas, amplamente utilizadas neste contexto, exigem que os discentes e

docentes reformulem seus modos de agir, pensar e, principalmente, buscar e transmitir conhecimento, o que os força a sair da zona de conforto, o que por si só se caracteriza um desafio.^{33, 38}

A partir disto, alguns estudos se ativeram à elencar alguns possíveis desafios da implementação da EIP identificados até o momento: baixo apoio político/financeiro; falta de desenvolvimento do corpo docente, aspecto também apontado pelos discentes; baixa abordagem da EIP no currículo e no ambiente de trabalho; incompatibilidade de horários, ao planejar disciplinas e projetos interprofissionais; necessidade de melhor monitoramento, sistematização e gestão das atividades de ensino em serviço; falta de recursos materiais, financeiros e humanos no serviço público; baixo índice de participação por parte dos gestores do SUS na regulação da formação profissional no Brasil; resistência à mudança, observada em grande parte nos docentes, que estão confortáveis com o modelo de ensino; realização de práticas de estágio fragmentadas; aspectos culturais e de linguagem; e identidades uniprofissionais observadas em alguns acadêmicos e profissionais de saúde.^{17, 23, 26, 32, 33, 34, 35}

Apesar disso, observa-se nas pesquisas e relatos de experiência que a EIP e as relações interprofissionais potencializam a integração ensino-serviço instaurando as práticas colaborativas já na graduação, pois possibilitam aos estudantes se relacionar tanto com futuros profissionais de outras áreas da saúde, como experienciar o cotidiano de profissionais já formados e atuantes no SUS. Tais práticas suscitam discussões que ampliam a dimensão do cuidado em equipe e promovem a corresponsabilização, sendo que isto deve ser incorporado no contexto da colaboração interprofissional. Percebe-se que algumas metodologias ativas, utilizadas no sentido interprofissional, atuam como estímulo para que os futuros profissionais exercitem o cuidado compartilhado e exercitem o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento.³⁸

Por fim, em relação à atuação interprofissional nas equipes de saúde, tanto hospitalar quanto da Atenção Primária, estudos apontam que ela é vista com bons olhos pela maioria dos profissionais. Em relatos, eles afirmam que as práticas colaborativas tornam o grupo de trabalho integrado, forma um sistema de complementaridade, valorizando a troca de conhecimentos e experiências. No âmbito da vivência profissional, os aspectos mais valorizados são a importância da discussão dos papéis profissionais, do trabalho em equipe, do compromisso na solução de problemas e da negociação na tomada de decisão, que são traduzidas como características marcantes da educação interprofissional.^{14, 15, 16, 25, 26, 31}

Apesar disso, também foi possível identificar aspectos negativos elencados pelas equipes, como: práticas colaborativas fragmentadas e com baixa adesão, incluindo o Núcleo Ampliado à Saúde da

Família - Atenção Básica (NASF-AB); profissionais que não possuem perspectivas de trabalho compartilhado; débil estabelecimento de Diretrizes Estratégicas pelas gestões municipais para o desenvolvimento da colaboração interprofissional; fragilidades nas condições estruturais, materiais e formativas necessárias ao desenvolvimento da colaboração entre equipes; problemas relacionados ao espaço físico das unidades, carências de materiais e equipamentos e dificuldades de transporte; elevado número de Equipes de Saúde da Família por NASF-AB, impossibilitando que o NASF-AB se vincule e desenvolva trabalho articulado; e processos comunicacionais inadequados.^{14, 16, 19}

Ainda, como estratégias para resolver os desafios nas práticas colaborativas, alguns estudos sugerem a necessidade do exercício do trabalho compartilhado, em todos os níveis de ensino superior, de maneira a desenvolver no futuro profissional o hábito de relacionar-se interprofissionalmente. Em outro estudo sobre a relação dos profissionais com a colaboração interprofissional, identificou-se que o ensino superior atuou como variável interveniente no resultado, indicando maior disponibilidade dos graduados à colaboração. Além disso, outro estudo sugere a intensificação do Apoio Matricial como ferramenta para o fortalecimento da colaboração interprofissional nos espaços em saúde e, particularmente, no SUS, do qual já faz parte.^{16, 22, 27}

Conclusões

Diante das publicações analisadas, não resta dúvida que a educação interprofissional e as relações interprofissionais no contexto do sistema de saúde vigente, são práticas essenciais para aprimorar e otimizar as práticas já existentes.

Contudo, ainda há limitações e desafios no cotidiano das instituições de saúde e das instituições de ensino superior na área da saúde, para efetivar a educação interprofissional e a prática interprofissional. Neste sentido, estratégias governamentais e institucionais estão contribuindo para a construção e implementação de novos modelos de educação e de gestão, objetivando a efetivação da interprofissionalidade na formação nos contextos de prática.

Assim, este estudo (re)afirma a importância da temática pesquisada, tanto na formação em saúde, como na atuação profissional, contribuindo, sobremaneira, para a melhoria da atenção à saúde no contexto dos serviços de saúde, atualmente.

Referências

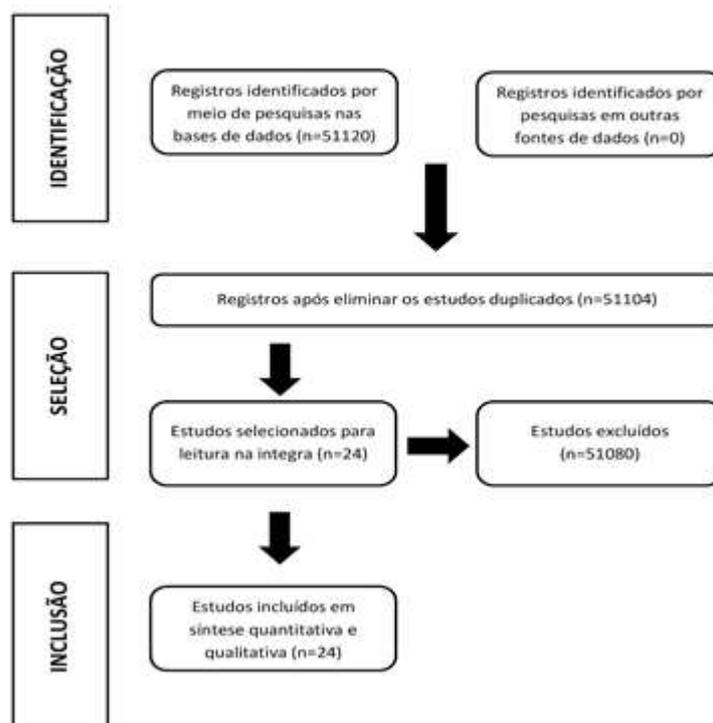
- ¹ Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [acesso em: 29 mar 2020]. 2018; 22(Supl. 2): 1525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- ² World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
- ³ Frenk J, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* [acesso em: 29 mar 2020]. 2010; 376(9756): 1923-57. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- 4 Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [29 mar 2020]. Brasília; 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [acesso em: 29 mar 2020], 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- 6 Batista NA, et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(2): 1705-1715. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>
- 7 Aguilera Campos, CE. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* [acesso em: 29 mar 2020]. 2003; 8(2): 569-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>
- 8 D'Amour D, et al. A model and typology collaboration between professional in healthcare organization. *BMC Health Serv Res* [acesso em: 29 mar 2020]. 2008;8: 188. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- 9 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem* [acesso em: 20 jan 2020]. 2008; 17(4): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt
- 10 Sousa LMM de, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem* [acesso em: 15 fev 2020]. 2017; 17(26): 17-26. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1311?mode=full>
- 11 Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. *Rev. Latino-Am Enfermagem*; 2006; 14(1): 124-131. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/D.22.2005.tde-18072005-095456>.
- 12 Almeida RGS, Silva CBG. A educação interprofissional e os avanços do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [acesso em: 05 fev 2020]. 2019; 27e3152: 1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3148-3152>

- 13 Amaral VF do, Cavalcante ASP, Farias QLT, Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Gomes DF. Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(2): 1787-1797. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0715>
- 14 Anjos Filho NC, Souza AMP de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2017; 21(60): 63-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>
- 15 Araújo DC de, Lucena EES, Tavares TRP, Araújo TB de, Araújo CM de, Costa BMB da, et al. Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. *Revista Ciência Plural* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 4(2): 87-101. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980214>
- 16 Arruda LS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(64): 199-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>
- 17 Barreto ICHC, Ribeiro KG, Moreira AEMM, Goya N, Dias MSA, Andrade LOM de. Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(1): 1365-1376. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0860>
- 18 Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB da, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(Supl.2): 1705-1715. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>
- 19 Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 28(3): 1-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280310>
- 20 Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV da, Bellini MIB, et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 02 abr 2020]. 2016; 20(56): 9-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0700>
- 21 Cardoso AC, Corralo DJ, Krahl M, Alves LP. O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. *Revista da ABENO* [acesso em: 05 fev 2020]. 2015; 15(2): 12-19. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i2.93>
- 22 Castro CP de, Campos GWS. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [acesso em: 05 fev 2020]. 2016; 26(2): 455-481. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>

- 23 Correa CPS, Hermuche LS, Lucchetti ALG, Ezequiel OS, Lucchetti G. Current status of Brazilian interprofessional education: a national survey comparing physical therapy and medical schools. *Rev Assoc Med Bras* [acesso em: 05 fev 2020]. 2019; 65(10): 1241-1248. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.10.1241>
- 24 Costa MV da, Freire Filho JR, Brandão C, Silva JAM da. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 02 abr 2020]. 2018; 22(Supl. 2): 1507-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>
- 25 Fernandes HN, Thofehm MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB, Soares MR. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [acesso em: 05 fev 2020]. 2015; 7(1): 1915-1926. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1915-1926>
- 26 Figueredo WN, Veras RM, Silva GTR da, Cardoso GMP. Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(2): 1697-1704. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0678>
- 27 Freire Filho JR, Costa MV da, Magnago C, Forster AC. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev Latino-Am Enfermagem* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 26(1): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>
- 28 Freire Filho JR, Magnago C, Costa MV da, Forster AC. Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(2): 1613-1624. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0842>
- 29 Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV da, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate* [acesso em: 05 fev 2020]. 2019; 43(1): 86-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S107>
- 30 Gouvêa NS de, Demogalski JT, Pomini MC, Pedroso CM, Weinert MCC, Alves FBT. A atuação do residente em Odontologia Hospitalar neonatal na abordagem multidisciplinar do SUS: relato de experiência. *Revista da ABENO* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 18(4): 48-57. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i4.597>
- 31 Lima VT de, Codato LAB, Higasi MS, Kasai MLHI. Percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho no Programa Saúde da Família. *Revista da ABENO* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 18(4): 130-139. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i4.625>
- 32 Poletto PR, Jurdi APS. A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em Saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(2): 1777-1786. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0819>

- 33 Rocha NB da, Silva MC da, Silva IRG da, Lolli LF, Fujimaki M, Alves RN. Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. *Revista da ABENO* [acesso em: 05 fev 2020]. 2017; 17(3): 41-54. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i3.383>
- 34 Santos LC dos, Simonetti JP, Cyrino AP. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. *Interface: comunicação, saúde e educação* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 22(2): 1601-1611. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0507>
- 35 Saraiva AM, Silva IRG, Lolli LF, Fujimaki M, Alves RN, Miguel ERA, et al. Disciplina interprofissional em saúde: avaliação de discentes de Odontologia. *Revista da ABENO* [acesso em: 05 fev 2020]. 2018; 18(4): 3-13. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i4.598>
- 36 Mikael SSE, Cassiani SHDB, Silva FAM. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [acesso em: 06 abr 2020]. 2017; 25: e2866. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2866>
- 37 Gontijo ED, Freire Filho JR, Forster AC. Educação interprofissional em saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. *Caminhos do Cuidado* [acesso em: 06 abr 2020]. 2019; 3(2): 20-38. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/cc.v3n2.186>
- 38 Dias MSA. Lentes da educação interprofissional na formação de profissionais da saúde: potencialidades e desafios expressos na produção científica. Porto Alegre. Monografia [Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva] - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [acesso em: 08 abr 2020]; 2017. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1216/tcc_ufrgs_maria_dias.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos. Chapecó (SC), Brasil, 2019.



Fonte: sistematização própria.

Quadro 1 - Apresentação da síntese de estudos incluídos na revisão integrativa.

Nome do artigo	Autores/ano	Intervenção estudada
A Educação Interprofissional e os avanços do Brasil. ¹²	Almeida RGS, Silva CBG (2019)	As iniciativas já adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).
Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil. ¹³	Amaral VF do, Cavalcante ASP, Farias QLT, Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Gomes DF (2018)	Relatar as experiências interprofissionais vivenciadas no projeto VER-SUS, em Sobral, Ceará.
A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. ¹⁴	Anjos Filho NC, Souza AMP de (2017)	Conhecer a percepção dos profissionais de um CAPS do município de Salvador-BA sobre o trabalho multiprofissional desenvolvido nesse serviço, identificando quais os fatores que facilitam e dificultam o trabalho.
Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na	Araújo DC de, Lucena EES, Tavares TRP, Araújo TB de,	Descrever uma experiência inédita de consultas de Crescimento e

atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. ¹⁵	Araújo CM de, Costa BMB da, et al. (2018)	Desenvolvimento coletivo e compartilhado apoiada na parceria “Estratégia Saúde da Família” e “Residência Multiprofissional em Atenção Básica”, resultando em um maior espectro de intervenções positivas na saúde integral das crianças assistidas pela unidade de saúde, e assim, poder relatar e discutir como o exercício de cada profissional pode contribuir à promoção de saúde bucal na Atenção Primária.
Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. ¹⁶	Arruda LS, Moreira COF (2018)	Analisar a percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATi) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em relação à colaboração interprofissional, a fim de se compreenderem os sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado.
Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. ¹⁷	Barreto ICHC, Ribeiro KG, Moreira AEMM, Goya N, Dias MSA, Andrade LOM de (2018)	Investigar o processo de CI entre os diretores, docentes das Instituições de Ensino Superior, gestores dos Sistemas Municipais de Saúde e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Juazeiro do Norte (JN) e Sobral.
Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. ¹⁸	Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB da, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR (2018)	Descrever e analisar criticamente a experiência de formação interprofissional na graduação em Saúde em um campus de expansão de uma universidade pública federal da região sudeste.
Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde	Bispo Júnior JP, Moreira DC (2018)	Analisar o cuidado colaborativo exercido entre

da Família e as equipes apoiadas. ¹⁹		trabalhadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes de Estratégia Saúde da Família. Para isso, toma como referência o desenvolvimento do trabalho interprofissional com base no Apoio Matricial.
Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. ²⁰	Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV da, Bellini MIB, et al. (2016)	Assinalar processos sociais e políticos que têm contribuído para o desenvolvimento da prática interprofissional no Brasil. Também resumir os resultados do I Colóquio internacional, que se constituiu num importante fórum para discussão e debate da educação e colaboração interprofissional. Finalmente, baseados nas discussões do colóquio, detalhar a necessidade de se estabelecer uma rede colaborativa de educação e prática interprofissional.
O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. ²¹	Cardoso AC, Corralo DJ, Krahl M, Alves LP (2015)	Descrever a prática da Educação Interprofissional nas atividades desenvolvidas no projeto de extensão “Atenção às famílias dos proprietários de cavalos de carroça do município de Passo Fundo-RS”, o qual tem como objetivo promover saúde e geração de renda por meio da inserção universitária multiprofissional na realidade das famílias de catadores de lixo deste município.
Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. ²²	Castro CP de, Campos GWS (2016)	Realizar uma revisão integrativa da produção nacional sobre a metodologia de Apoio Matricial, abrangendo tanto estudos empíricos sobre a

		efetividade quanto artigos de revisão teórico-metodológica sobre o tema.
Current status of Brazilian interprofessional education: a national survey comparing physical therapy and medical schools. ²³	Correa CPS, Hermuche LS, Lucchetti ALG, Ezequiel OS, Lucchetti G (2019)	Investigar o número de escolas brasileiras de medicina e fisioterapia com iniciativas e programas relacionados à Educação Interprofissional em seus currículos, avaliar as barreiras e fatores associados a essa implementação e comparar se há diferenças na inclusão e opiniões sobre Educação Interprofissional entre os dois programas.
A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). ²⁴	Costa MV da, Freire Filho JR, Brandão C, Silva JAM da. (2018)	Ressaltar que a construção da Educação interprofissional em Saúde e do trabalho não estão dissociados da luta histórica pelo fortalecimento do nosso SUS.
Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. ²⁵	Fernandes HN, Thofehm MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB, Soares MR (2015)	Conhecer as relações interpessoais estabelecidas no trabalho da equipe multiprofissional em uma Unidade de Saúde da Família.
Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. ²⁶	Figueredo WN, Veras RM, Silva GTR da, Cardoso GMP (2018)	Apresentar e discutir o programa PermanecerSUS como uma proposta de educação interprofissional para formação em Saúde.
Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. ²⁷	Freire Filho JR, Costa MV da, Magnago C, Forster AC (2018)	Comparar as atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, tendo em vista três diferentes perfis: equipe com médicos brasileiros, equipe com médicos intercambistas individuais e equipe com

		médicos advindos da cooperação entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Brasil e Cuba; e identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional.
Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. ²⁸	Freire Filho JR, Magnago C, Costa MV da, Forster AC (2018)	Analisar os PPP dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM, como possibilidade para adoção dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP.
Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. ²⁹	Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV da, Forster AC (2019)	Trajetória histórica de incorporação da Educação Interprofissional nas políticas de formação profissional em saúde do Brasil e os avanços nessa direção, a partir de referenciais que destacam que essa abordagem preconiza a interação entre estudantes ou profissionais de diferentes profissões, por meio de processos de aprendizagem compartilhados e significativos e que tenham como clara finalidade o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas.
A atuação do residente em Odontologia Hospitalar neonatal na abordagem multidisciplinar do SUS: relato de experiência. ³⁰	Gouvêa NS de, Demogalski JT, Pomini MC, Pedroso CM, Weinert MCC, Alves FBT (2018)	Relatar a experiência da atuação de residentes em Odontologia Hospitalar neonatal em um hospital escola no Paraná.
Percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho no Programa Saúde da Família. ³¹	Lima VT de, Codato LAB, Higasi MS, Kasai MLHI (2018)	Discutir e compreender as percepções desses profissionais em relação à realidade que vivenciam no Programa Saúde da Família.
A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para	Poletto PR, Jurdi APS (2018)	Descrever e analisar a experiência vivenciada no campus Baixada Santista na

fortalecer a educação interprofissional em Saúde. ³²		revisão de suas matrizes curriculares.
Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. ³³	Rocha NB da, Silva MC da, Silva IRG da, Lolli LF, Fujimaki M, Alves RN (2017)	Avaliar os resultados da disciplina de Atenção em Saúde, no curso de Odontologia, sob a percepção dos graduandos.
A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. ³⁴	Santos LC dos, Simonetti JP, Cyrino AP (2018)	A pesquisa se debruça sobre um espaço formal e regular de prática pedagógica interprofissional com discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, tendo como objetivo compreender tal experiência de Educação Interprofissional na perspectiva dos próprios alunos.
Disciplina interprofissional em saúde: avaliação de discentes de Odontologia. ³⁵	Saraiva AM, Silva IRG, Lolli LF, Fujimaki M, Alves RN, Miguel ERA, et al. (2018)	Apresentar a avaliação de estudantes de Odontologia sobre a disciplina de Atenção em Saúde, por meio da análise das narrativas dos portfólios avaliativos.

Fonte: os autores.

Como citar: Kwiatkowski HS et al. Educação e Relações Interprofissionais na Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p265-282

Recebido em: 15/04/20

Aprovado em: 26/12/21



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p283-293

Câncer, dança e covid-19: Um relato de experiência sobre a OncoDance

Cancer, dance and covid-19: a report on OncoDance experience

Cristina Soares Melnik

Mestre em Medicina: Ciências Médicas. Especialista em Oncologia e em Dançaterapia. Psicóloga. Licenciada em Dança. Teleconsultora da Rede Colaborativa PICS.
E-mail: crismelnik@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6221-4747

Resumo:

Objetivo: Relatar a experiência da OncoDance, desde a sua origem até a nova configuração on-line, adaptada à pandemia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir das ações da OncoDance, tanto em formato presencial quanto em formato on-line. A análise de dados ocorre por meio da observação participante. **Resultados e discussão:** A OncoDance é uma oficina gratuita e sistemática de dança para quem tem ou teve câncer. O trabalho é voluntário, e começou em 2014, inspirado em resultados positivos de pesquisas científicas. Associada à prevenção do câncer e de outras doenças, a dança pode proporcionar diversos benefícios para pacientes oncológicos, tais como: a mudança de como o praticante de dança percebe a si mesmo, e de como se sente percebido pelo outro; a redução da percepção de dor; a valorização da alteridade; a melhora da autoestima e o bem viver. O formato on-line é uma adaptação aos tempos de covid-19, e amplia a oficina sistemática para acompanhantes e pessoas envolvidas no cuidado oncológico. **Considerações finais:** Dançar é uma atividade associada à saúde. Na configuração gratuita, sistemática e on-line, a OncoDance amplia as possibilidades de acesso, e possibilita o estímulo ao movimento, mesmo em períodos de isolamento social.

Palavras-chave: Câncer; COVID-19; Dança; Exercício Físico; Pandemias; Serviços On-Line.

Abstract:

Objective: To report the OncoDance experience, from origin to the new online configuration, adapted to the pandemic. **Methodology:** This is a descriptive study, an experience report type, developed based on OncoDance actions, both in face-to-face and online format. Data analysis occurs through participant observation. **Results and discussion:** OncoDance is a free dance class with weekly meetings, for those who have or have had cancer. The work is voluntary, and it started in 2014, inspired by positive results of scientific research. Associated with the prevention of cancer and other diseases, dance can provide several benefits for cancer patients, such as: changes about how participants of dance class see themselves, and how participants feel other people see them; reduced pain perception; presence of otherness; improved self-esteem and well-being. The online format is an adaptation to covid-19 times, and it expands the dance meetings for companions and people involved in cancer care. **Final considerations:** Dancing is an activity associated with health. In its free, systematic and online configuration, it expands the possibilities of access, and makes it possible to stimulate movement, even in periods of social isolation.

Keywords: Câncer; COVID-19; Dança; Exercício Físico; Pandemias; Serviços On-Line.

Introdução

O câncer é um significativo e crescente problema mundial de saúde.¹ Segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada 5 pessoas em todo o mundo desenvolverá câncer durante sua vida. Em termos mundiais, estima-se que 28,8 milhões de novos casos de câncer ocorrerão em 2040, o que representa um aumento de 49,7% em relação aos 19,3 milhões de casos estimados para 2020.²

Para o Brasil, é estimado que ocorrerão 625 mil novos casos de câncer para cada ano do triênio 2020-2022.³ A estimativa de novos casos de câncer no país, considerando todas as idades e ambos os sexos, foi de 592 mil para 2020, mas para 2040, há um acréscimo de 68% no número de novos casos, representando uma incidência de 994 mil.⁴

Além da carga global ser alta, o câncer pode levar a intenso sofrimento, e muitos casos são evitáveis. Após o diagnóstico de câncer, continua sendo primordial a prevenção da recidiva, de outros cânceres ou demais doenças crônicas não transmissíveis.⁵

É comprovado que a prática regular de atividade física ajuda na prevenção e tratamento de doenças como o câncer. Também há uma associação entre a atividade física e a prevenção de hipertensão, do excesso de peso, a melhora da saúde mental, qualidade de vida e bem-estar.⁶ Pesquisas constataam que programas de tratamento com exercícios físicos podem beneficiar a qualidade de vida de pacientes oncológicos⁷, sendo associados à diminuição da fadiga⁸ melhora na autoestima⁹, diminuição da percepção de dor¹⁰ e outros benefícios.

Para a OMS, apesar das comprovações científicas, o processo global para o aumento das atividades físicas tem sido lento. As causas envolvem a falta de consciência e de investimento. Além disso, pessoas com doenças crônicas, com baixa situação socioeconômica ou em outras situações muitas vezes têm menos acesso a espaços apropriados à prática de atividade física.⁶

A dança está incluída nas atividades físicas citadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) enquanto ações para prevenção do câncer. A instituição afirma que a atividade física consiste na

iniciativa de se movimentar, de acordo com a rotina de cada um, e acrescenta que você pode, por exemplo, caminhar, dançar.¹¹ O movimento do corpo está associado à maior proteção contra o câncer.¹²

Inspirada em resultados positivos de pesquisas científicas, em 2014 foi criada a OncoDance, uma oficina gratuita e sistemática de dança para quem tem ou teve câncer. Em 2020, os encontros presenciais foram suspensos em razão do coronavírus, e as atividades foram adaptadas a uma nova configuração on-line.

A covid-19 trouxe a necessidade do distanciamento social. Esta situação pode acarretar prejuízos na saúde física e mental das pessoas. O exercício físico em casa, ou ao ar livre, sem aglomerações, é uma prática que auxilia a resposta imunológica do corpo, e deve ser mantida durante a pandemia, sendo capaz de minimizar os efeitos negativos do distanciamento.¹³

O ambiente domiciliar e familiar também é propício para realização de atividade física. A realização de atividades prazerosas, explorando os espaços domiciliares e utensílios disponíveis para o movimento, reservando alguns minutos para alongamento, relaxamento e meditação, é recomendável.¹⁴ A dança é uma possibilidade de atividade física para os tempos de pandemia, podendo ser prazerosa, explorando o ambiente e objetos disponíveis para instigar o corpo a mover-se, e inclui alongamento, relaxamento, e meditação em movimento.

Adaptada à necessidade de distanciamento social oriunda da pandemia, seguindo as recomendações mundiais que recomendam a prática de exercícios físicos e ciente dos benefícios da dança para o cuidado oncológico, a OncoDance surge com um novo formato on-line. Nesta nova configuração, mantém-se gratuita e sistemática, mas amplia os encontros para quem tem ou teve câncer, acompanhantes e pessoas envolvidas no cuidado oncológico.

O presente estudo tem por objetivo relatar a experiência da OncoDance, desde a sua origem até a nova configuração on-line.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo observacional, do tipo relato de experiência, que trata da OncoDance, desde a sua origem presencial, até a transposição para as práticas on-line em razão da covid-19. Como meio para coleta de dados, foi utilizada a observação participante. Estas observações aconteceram ao longo da oficina, ou seja, por um período de seis anos.

A OncoDance é uma oficina gratuita e sistemática de dança para quem tem ou teve câncer, que começou em 2014, inspirada em resultados positivos de pesquisas científicas. Em 2020, inicia uma nova configuração da oficina, agora on-line e aberta não apenas às pessoas que tiveram ou têm câncer, mas também a acompanhantes e pessoas envolvidas no cuidado oncológico.

Este não é um estudo planejado, onde havia um projeto de pesquisa estabelecido, mas uma situação que emergiu com a finalidade de refletir e registrar esta interface entre dança, câncer e pandemia.

Resultados e discussão

A OncoDance é uma oficina gratuita e sistemática de dança para quem tem ou teve câncer, que foi criada em 2014, inspirada em resultados positivos de pesquisas científicas. Uma destas pesquisas foi a dissertação de mestrado em Gerontologia Biomédica da Educadora Física e Especialista em Dança Fátima Ribeiro Ferreira, orientada pelo professor Doutor José Roberto Goldim, do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este estudo foi realizado com quinze mulheres que fizeram tratamento para o câncer de mama. Foi realizada uma intervenção composta por 15 semanas de práticas de dança. Os resultados deste estudo, obtidos através de grupos focais, demonstraram que a dança pode ajudar na melhora da autoestima, na diminuição da dor, na vontade de continuar as práticas após o período da intervenção, destacando a importância do grupo, e da forma que foi feito o recrutamento e consentimento para participar da oficina.¹⁵

Uma outra intervenção, agora ampliada para qualquer tipo, localização ou estadiamento do câncer, envolveu 23 mulheres que participaram de 12 semanas de práticas de dança. O estudo identificou uma redução de 41,83% da dor percebida após as práticas de dança. Esta redução da percepção de dor foi significativa do ponto de vista estatístico ($t=2,56$ $p=0,018$).¹⁰ É importante ressaltar que em ambos os estudos as participantes foram autorizadas, pelos médicos responsáveis por seus tratamentos, às práticas de dança.

Estes e outros estudos inspiraram a construção de uma oficina de dança para quem tem ou teve câncer. Então, em 2014 foi fundada a OncoDance. A oficina, sistemática e gratuita, foi aberta para quem tem ou teve qualquer tipo, localização ou estadiamento da neoplasia maligna. O critério para participar da atividade foi já ter recebido o diagnóstico de câncer, e ter a liberação médica para as práticas de dança.

A oficina começou com público exclusivamente feminino. Por este motivo, em alguns momentos deste estudo foi utilizado o artigo feminino ao referir-se às participantes. Posteriormente, a atividade foi aberta a todos, não sendo mais restrita a mulheres.

No mesmo ano de sua criação, a OncoDance foi convidada para apresentar uma coreografia em um teatro, e então surgiu o Grupo de Apresentações, com o objetivo principal de realizar uma construção coreográfica, e demonstrar ao público um pouco do que é trabalhado na oficina, além de convidar outras pessoas a dançarem pela vida. Participar das apresentações artísticas não é exigência para quem frequenta as oficinas. Ou seja, quem está na OncoDance pode optar por realizar as práticas semanais de dança, sem fazer parte do grupo que se apresenta.

É importante ressaltar que, embora a OncoDance seja composta por quem tem ou teve câncer, o foco não é no diagnóstico. A doença é critério de participação na oficina, mas o foco dos encontros é na dança, nas aprendizagens, nas potencialidades, na saúde, na pessoa, no grupo, no bem viver.

Ao longo destes anos de existência da OncoDance, alguns benefícios foram constatados, tais como a mudança no olhar, a diminuição da dor percebida, a valorização da alteridade, a melhora da autoestima e o bem viver.

A mudança do olhar é um dos aspectos proporcionados pela dança. Participantes citaram, ao longo da oficina, que o olhar de pena muda para o olhar de admiração pela busca de formas positivas de viver durante o enfrentamento da doença. Este olhar de pena é citado por estudos científicos sobre oncologia.^{16,17} Muitas vezes não é um olhar consciente, estando associado a um estigma por trás do diagnóstico de câncer. O olhar de admiração oriundo daquele que assiste o praticante que dança é muito favorável e estimula o movimento pela vida. Além do olhar do outro, há uma mudança no próprio olhar, na percepção de si, traduzido em uma atitude mais positiva, ativa, confiante.

A diminuição da dor percebida também aparece nos discursos das participantes ao longo da oficina. Não há, porém, a clara convicção de que mecanismo provoca esta redução da dor, ou o que faz a dor diminuir com as práticas de dança. A presença da dor crônica traz impactos significativos na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes oncológicos. Este impacto também se estende para a figura do cuidador.¹⁸ A dor oncológica envolve a dimensão física, emocional, social e a espiritual. Esta dor pode ser amenizada por práticas integrativas e complementares¹⁹, tais como a dança, como demonstram estudos que apresentaram a redução da percepção de dor após as práticas de dança tanto na avaliação quali¹⁵ como na quantitativa.¹⁰

A alteridade é outro aspecto valorizado. Os integrantes da oficina identificam-se com o outro, que também recebeu o diagnóstico oncológico, e sentem-se responsáveis por si e pelo próximo. Participar de uma atividade em que os outros integrantes também já receberam o diagnóstico oncológico foi um fator motivador para a inscrição na atividade, bem como para sua permanência. Tendo uma linguagem comum, mas sem precisar usar a palavra, o grupo acolhe aquele que mais precisa no momento. Ao mesmo tempo, a pessoa que está se sentindo melhor é inspiração para o grupo. Por exemplo, uma participante com diagnóstico recente de metástase se espelha na outra que tem diagnóstico há alguns anos, faz o tratamento e tem boa qualidade de vida.

A vivência em grupo traz um importante apoio social, troca de experiências e fortalecimento de vínculos entre pessoas diagnosticadas com câncer. A vivência de pacientes oncológicas em um grupo faz com que o outro se torne parte importante da construção de uma nova possibilidade de vivenciar a vida após o câncer, superando o estigma associado. É importante a participação ativa em ações que permitam que as pessoas tenham voz, visibilidade, capacidade de ação e decisão.²⁰

A melhora da autoestima e o resgate da feminilidade também podem ser facilitados pela dança. O câncer e seus respectivos tratamentos são associados a muitas perdas, tais como a retirada cirúrgica de partes do corpo, queda de cabelos, entre outras, o que pode causar uma sensação de despedaçamento. Esta sensação é relatada em um artigo ²¹ sobre a clínica psicanalítica com mulheres em tratamentos de câncer de mama. Os autores citam que “as mulheres buscam reconstruir a imagem corporal, tentando preencher esse vazio, dando-lhe forma e adornando-o, reconstruindo um véu que protege o real”, ou perdem a capacidade de investimento corporal após o procedimento cirúrgico, recobrando o corpo, evitando olhar-se através do espelho, evitando serem olhadas. “Elas dizem que não se sentem mais femininas e desejáveis.”, complementam os autores. Atrelados a esta sensação de despedaçamento advinda do câncer e seus respectivos tratamentos, há ainda uma ditadura da beleza que causa um sofrimento de mulheres que, influenciadas pela mídia e pela indústria capitalista, tentam atingir padrões estéticos inatingíveis.²²

A reflexão acerca da dimensão do corpo, da corporeidade humana enquanto “fenômeno social e cultural, motivo simbólico, objeto de representações e imaginários” é um tema destaque nas ciências sociais. A sociologia do corpo, que se dedica à compreensão da corporeidade humana, entende o corpo enquanto “vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída”, mas também objeto de investimento coletivo, preso no espelho do social, sujeito ao olhar apreciativo do outro. Quando se tem uma deficiência, quando há rupturas nas convenções acerca do corpo, emerge o

desconforto. O corpo já não passa despercebido, foge à norma estabelecida na sociedade.²³ Na Oncologia é possível identificar estas rupturas do padrão corporal estabelecido socialmente, seja em razão da própria doença, ou de seus respectivos tratamentos. As perdas dos cabelos, cílios e sobrancelhas, como consequência do tratamento quimioterápico, bem como as mudanças físicas oriundas do uso de corticoides e outros fármacos, exemplifica o referido. “A alteração do rosto, que expõe a marca de uma lesão, é vivida como um drama aos olhos do outro, não raro como um sinal de privação de identidade”. Na cultura ocidental, os cabelos ou mais especificamente o sistema piloso, é uma marcação corporal que sofre controle rigoroso do coletivo.²³ Diante deste cenário, a dança torna-se potência para ressignificar o corpo, propondo novas representações, oportunizando novos sistemas simbólicos a serem compartilhados no grupo, produzindo novos sentidos continuamente, e contribuindo para a inserção da pessoa diagnosticada com câncer de forma ativa no espaço social e cultural.

É importante que as práticas de dança para pessoas com doenças crônicas sejam conduzidas de forma a respeitar os limites e as potencialidades de todos os envolvidos. Para tanto, é essencial que o profissional que trabalhe com dança busque conhecer a realidade do público para quem está sendo ministrada a oficina, procure uma formação, e acima de tudo, seja empático para ouvir a demanda do outro, respeitando as limitações e a individualidade de cada participante, sem deixar de lançar desafios que instiguem novas possibilidades de movimento com foco na saúde.

Há no grupo um forte interesse em convidar outras pessoas a dançarem pela vida. Nesta perspectiva de convite ao outro, atrelado ao isolamento oriundo da pandemia e a benefícios que podem ser proporcionados pela dança, a oficina adquire nova configuração, denominada OncoDance on-line. Este novo formato amplia a participação, antes restrita a quem tem ou teve câncer, a acompanhantes e àqueles envolvidos no cuidado de quem já recebeu o diagnóstico oncológico.

Um dos aspectos positivos da realização da oficina on-line é a possibilidade da participação de pessoas localizadas em diferentes regiões, cidades, o que transpassa a distância geográfica. Por ser uma atividade gratuita, é acessível a todas as pessoas, desde que tenham disponibilidade de um computador ou celular com internet.

Aplicativos que utilizam a internet para a comunicação podem facilitar que pessoas distantes geograficamente o utilizem como ferramenta de aproximação entre aquelas que vivenciam situações semelhantes²⁰, como a presença de um diagnóstico oncológico. Em tempos de pandemia, estes recursos de comunicação abrem possibilidades para a atuação no campo da dança na interface com a saúde.

Um recente estudo propõe a dança enquanto uma das estratégias para manter-se fisicamente ativo e seguro dentro de casa, em tempos de coronavírus. Para os autores, uma vantagem desta prática é que ela pode ser realizada inclusive em moradias menores, com limitações de espaço físico.²⁴

Outro aspecto interessante da oficina on-line é a participação de familiares, cuidadores, ou outras pessoas envolvidas no cuidado oncológico. No cuidado com a saúde, a equipe assistencial, a família e outros personagens são participantes ativos no cuidado²⁵ e a dança pode auxiliar estes vínculos.

Falar de saúde envolve boas conexões, bons encontros, projetos de vida, possibilidades de viver ganhos e perdas, de enfrentar dificuldades, frustrações e desencontros. Saúde é um assunto da vida, e nesta cena somos criadores e criaturas. Criaturas em razão das condições que não controlamos, que estão fora da nossa vontade. Criadores porque podemos inventar modos de aproveitar nossas possibilidades, inventar novos elementos e viver da melhor forma possível.²⁵ Neste contexto, a dança conecta criadores e possibilita um novo movimento em prol da vida.

O Ministério da Saúde orienta para a realização de atividades físicas durante a pandemia, e inclui a dança como possibilidade em diferentes faixas etárias. As pessoas devem manter atividades, mesmo que adaptadas quanto ao local da prática.²⁶ Em termos mundiais, a OMS também recomenda atividades físicas,⁶ tais como a dança. Vamos, então, seguir as orientações institucionais, e dançar nas próprias casas, ou onde for possível. Fica o convite: Vamos juntos, dançando pela vida?

Considerações finais

Dançar é uma atividade associada à saúde. Importantes instituições, a nível mundial, recomendam a prática de atividades físicas, tais como dança, para pessoas que tiveram ou têm câncer.

A OncoDance proporcionou benefícios aos participantes, tais como a mudança no olhar, a valorização da alteridade, a diminuição da percepção de dor, a melhora da autoestima, o bem viver.

É importante que as atividades de dança para quem já recebeu o diagnóstico de neoplasia maligna sejam sempre adaptadas às necessidades e limitações individuais e coletivas, sempre seguindo as recomendações dos médicos e demais profissionais da equipe assistencial. O foco da atividade deve ser na pessoa, e não na doença.

Em tempos de covid-19, o isolamento social é essencial, mas as atividades corporais que promovem a saúde devem continuar. Faz-se necessário adaptar-se a esta nova configuração.

A OncoDance on-line foca nos benefícios que a dança pode proporcionar à saúde e aproxima pessoas de diferentes regiões, não para falar sobre câncer, mas para dançar no conforto do lar, da clínica, ou onde e com quem a pessoa estiver. Por ser gratuita e sistemática, é acessível a quem tenha interesse, e disponibilidade de um aparelho com internet, como celular ou computador.

Sabe-se que a família ou outras pessoas envolvidas com quem foi diagnosticado com neoplasia maligna fazem parte de uma importante rede de cuidado. Neste sentido, a oficina amplia as inscrições, não sendo mais restrita a quem já recebeu o diagnóstico da neoplasia maligna. Desta forma, a OncoDance propõe que pessoas envolvidas no cuidado oncológico, acompanhantes e participantes que tiveram ou têm câncer conectem-se neste movimento para dançar pela vida.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. [Relatório sobre Câncer: Estabelecendo prioridades, investindo sabiamente e cuidando de todos]. [Internet]. Suíça; 2020. Inglês. [acesso 2020 nov 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>
2. Organização Mundial de Saúde. Agência Internacional de Pesquisa em Câncer. [Comunicado de Imprensa Nº 929: Dados globais mais recentes sobre câncer: A carga de câncer sobe para 19,3 milhões de novos casos e 10,0 milhões de mortes por câncer em 2020] [Internet]. França: IARC, 2020. Inglês. [acesso 2021 jul 21]. Disponível em: https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2020/12/pr292_E.pdf
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2019. [acesso 2020 nov 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
4. Organização Mundial de Saúde. Agência Internacional de Pesquisa em Câncer. [Número estimado de novos casos de 2020 a 2040, ambos os sexos, idade [0-85+]]. [Internet]. França: IARC, 2020. Inglês. [acesso 2021 jul 21]. Disponível em: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?populations=76&single_unit=50000
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2020. [acesso 2020 nov 10]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//dieta_nutricao_atividade_fisica_e_cancer_resumo_do_terceiro_relatorio_de_especialistas_com_uma_perspectiva_brasileira.pdf
6. Organização Mundial de Saúde. [Plano de ação Global para a atividade física 2018–2030: mais pessoas ativas para um mundo mais saudável]. [Internet]. Suíça; 2018. Inglês. [acesso 2020 nov 12]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

7. Silva AP de A, Ferreira TTC, Santos IBV de M, Henrique GCF, Correia TY. A influência do exercício físico na qualidade de vida de adultos sobreviventes de câncer. REAS [Internet]. 23out.2019 [citado 16nov.2020];(34):e1501. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1501>
8. Sivvas G, Filippou F, Rokka S, Bebetos E, Koupani A, Masadis G, et al. [O efeito de um programa de danças tradicionais gregas sobre a fadiga em mulheres que sobrevivem ao câncer de mama]. Arq de Med Hel. 2020; 37(2):219-26. Inglês.
9. Carminatti M, Boing L, Leite B, Sperandio F Flores, KT, Fretta T de Bem, et al. Efeitos da dança do ventre na imagem corporal e autoestima de mulheres com cancer de mama – um estudo piloto. Rev Bras Med Esporte. 2019; 25(6):264-68.
10. Melnik CS, Goldim JR. Diminuição na percepção de dor de mulheres que tiveram ou têm câncer após intervenção composta por práticas de dança [pôster]. In: 3º Congresso Multidisciplinar em Oncologia do Hospital Mãe de Deus. Porto Alegre, BR; 2016.
11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Nós podemos, eu posso [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016. [acesso 2020 nov 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/2563>.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atividade Física [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2018. [acesso 2020 nov 13]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco/atividade-fisica>.
13. Raiol RA. Praticar exercícios físicos é fundamental para a saúde física e mental durante a Pandemia da COVID-19. Braz. J. Hea. Rev. 2020; 3(2):2804-13.
14. Ferreira MJ, Irigoyen MC, Consolim-Colombo F, Saraiva JFK, Angelis K De. Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. Arq Bras Cardiol. 2020; 114 (4): 601-2.
15. Ferreira, FR. A intervenção de dança em mulheres pós-tratamento de câncer de mama e sua relação com a qualidade de vida [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012.
16. Ferreira GM da SF, Cavalcante DM. A saúde psíquica dos cuidadores familiares de pacientes acometidos com câncer. Rev. Ciência Amazônida [Internet]. 2017 [acesso 2020 nov 13];1(2):[about 16 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/amazonida/article/view/3027/2561>
17. Radünz V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o "self" do cliente oncológico e o "self" da enfermeira [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
18. Izzo JMs, Cunha AMR, Cesarino CB, Martins MRI. O impacto da dor crônica na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes oncológicos e de seus cuidadores. BrJP. 2019 out-dez;2(4):336-41.
19. Motter SM. A dor multidimensional na percepção de pacientes oncológicos [trabalho de conclusão de curso]. Erechim: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, 2019.
20. Santana CS de, Souza CTV de, Maria da Conceição de Almeida Barbosa-Lima MC de A. Poderosas Amigas da Mama: o uso do aplicativo WhatsApp como ferramenta para o enfrentamento do câncer de mama. Saúde Redes [Internet]. 2019 [acesso 2020 nov 13]; 5(1):205-15. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2216>
[hp://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p205-215](http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p205-215)

doi:

21. Araújo RS, Lima NL de. A clínica psicanalítica no hospital com mulheres em tratamento de câncer de mama. *Tempo Psicanál.* 2015; 47(2):90-102.

22. Cury AJ. *A ditadura da beleza e a revolução das mulheres.* Rio de Janeiro: Sextante; 2005.

23. Le Breton, D. *A sociologia do corpo.* Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

24. França EF, Miyake GM, Junior JP, Matsudo VKR, Martins RABL, Nascimento FD. COVID-19 - Estratégias para se manter fisicamente ativo e seguro dentro de casa. *InterAm J Med Health.* 2020;3:e202003034.

25. Feuerwerker LC. Cuidar em saúde. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016; v. 2. p. 35-47.

26. Ministério da Saúde (BR). *Orientações sobre a prática de atividade física durante o período de pandemia* [Internet]. Brasília; 2020. [acesso 2020 nov 16]. Disponível em: <http://www.cref13.org.br/bahia/wp-content/uploads/2020/05/Orientacoes-sobre-pratic-atividade-fisica-COVID-19.pdf>

Como citar: Melnick CS. Câncer, dança e covid-19: Um relato de experiência sobre a OncoDance. *Saúde em Redes.* 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p283-293

Recebido em: 30/11/20

Aprovado em: 08/02/22





Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 1 (2022).

ARTIGO ESPECIAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p295-303

Alla ricerca di dispositivi socio organizzativi per qualificazione dei servizi sanitari e sociali: un contributo riflessivo sull'esperienza osservata

Ricardo Burg Ceccim

ORCID: 0000-0003-0379-7310

Introdução

Questo testo contempla la riflessione presentata alla fine della “Fiera degli strumenti: metodologie per la qualificazione dei servizi e delle organizzazioni sanitarie e sociali”, realizzata in febbraio 2018, all’interno del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva, avvenuto nello spazio formativo dell’ex ospedale psichiatrico “Francesco Roncati”, oggi sede dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, Bologna/Italia. La “Fiera degli Strumenti” pretendeva mettere in gioco diversi strumenti di “formazione situata”. I presentatori portavano una strategia tra quelle usate nei loro propri progetti di formazione in servizio, e le avrebbero offerto a partecipanti “esploratori” delle loro possibilità, cioè, userebbero la strategia, non come una “lezione frontale”, ma come “azione sperimentale”. Per questa connotazione di apprendimento attivo, la Fiera conteneva anche l’espressione “palestra”. In ogni palestra sarebbero “esercitati” degli apprendimenti attivi, sotto tre slogan: interrogarsi, posizionarsi e incontrarsi. L’idea era comprendere la proposta di formazione situata, trovandosi al di dentro di essa. La denominazione “fiera” era l’opportunità per fare contatto con diversi strumenti e capire che la formazione in servizio non corrisponde ad una lezione “centrata del contenuto”, ma ad una “situazione di coinvolgimento”. In ogni palestra, tre “modalità di esercizio di ginnastica”. Infine, la proposta si completava con due risorse di pensiero: situazione di studio e situazione problema.

Per la situazione di coinvolgimento sono state organizzate tre “palestre” sotto lo slogan di tre verbi riflessivi (così come si trovano nell’idioma italiano): interrogarsi, posizionarsi ed incontrarsi. In ogni palestra, tre “modalità di esercizio”: tre strategie di formazione situata. Le parole d’ordine comprendevano: discutere le premesse di azione (interrogarsi), discutere i processi d’interazione (posizionarsi) e l’emergenza d’innovazione (incontrarsi). La ginnastica era presente nel confronto, nella discussione e nella produzione di differenza. “Etnografi” sono stati evidenziati nell’insieme dei partecipanti con la funzione di osservare come i gruppi si sviluppavano, quali sono state le pratiche adottate, come hanno dibattuto e come si sono coinvolti. L’idea era “restituire” una conoscenza sull’esercizio. Riunite le tre palestre, corrispondeva agli “etnografi d’improvviso” la “situazione di studio”: raccontavano come avevano osservato la “palestra” e, in questo modo, tematizzavano l’esperienza. Infine, una “situazione problema” o problematizzazione, così chiamata: “alla ricerca di una teoria dei

dispositivi socio-organizzativi per la qualifica dei servizi sanitari e sociali”, cioè, fornire una comprensione possibile della “formazione situata” o della “educazione permanente in salute” (terminologia sviluppata nell’*Sistema Unico di Salute*, del Brasile). La problematizzazione dovrebbe emergere in atto, secondo la circolazione tra le palestre, lo sviluppo in qualcuno degli esperimenti partecipativi, e l’ascolto delle etnografie. Questo era il mio ruolo. Il testo che segue proviene dalla trascrizione di questa tappa finale, il cui ordine prevedeva “aggiungere un po’ di teoria”¹.

L’idea di palestra (ginásio)

Un primo aspetto interessante, dal mio punto di vista, è la metafora della palestra. La parola in italiano è palestra, questa parola, in portoghese ha un senso molto diverso. Palestra in portoghese è una prelezione, “l’allenatore” è colui che parla (presenta un contenuto), mentre il pubblico è ascoltatore, fa delle annotazioni e, al massimo, ha il diritto di fare qualche domanda, a cui il conferenzista risponde secondo gli conviene. Palestra in italiano è il luogo dell’esercizio fisico, dove “l’allenatore” mette i corpi in movimento, mentre il pubblico mette in azione le sue possibilità corporali e sviluppa delle abilità fisiche e competenze di movimento. Palestra, in italiano, è il luogo della ginnastica, corrisponde al “ginásio”.

Il “ginásio”, per i greci, era il luogo di attività fisica ed intellettuale destinato ai giovani. In italiano, per fare ginnastica si va alla palestra. In portoghese si va alla palestra per ascoltare, e al ginásio per fare ginnastica. Nel Brasile, “ginásio” era la scuola secondaria, chiamata pure di “curso ginásial” (si faceva dopo la scuola primaria). Facendo uso dell’intercambio culturale, sarebbe interessante il gioco di parole con il gioco dei sensi: se andiamo in palestra per imparare è perché imparare non è effetto di udienza ad una prelezione, ma esercizio di imparare insieme a un mediatore della conoscenza, che cerca di sviluppare le abilità cognitive e le competenze intellettive. La buona lezione non verrebbe da un oratore (conferenzista), ma da un allenatore di ginnastica (ensino ginásial).

La “palestra” può essere il luogo dell’“ensino ginásial”, apprendimento dell’eloquenza o alfabetizzazione, luogo di conversazione e discussione, sviluppo di esercizi ginnastici e abilità di pensiero. Esercizio mentale: esercizio di pensiero, più che allenamento cognitivo. Esercizio che chiama in causa la potenza del corpo come potenza di pensiero, lasciare che gli affetti del corpo siano dei portatori di pensiero, mettere in gioco il corpo. Un esercizio modifica il corpo, cambia la respirazione e il polso, il corpo traspira. E con gli apprendimenti? Il corpo non traspira, la respirazione e il polso non si modificano? Se posso domandare quali sono le potenze del mio corpo nella ginnastica, considero che possiamo domandare quali sono le potenze del nostro pensiero quando andiamo a scuola. Nella formazione situata (o Educazione Permanente in Salute) sono sfidate le nostre potenze di pensiero o soltanto trascorre l’allenamento cognitivo passivo (ascoltare e serbare)? Possiamo arrivare ad un’altra domanda: quali sono le potenze del mio pensiero? Quanto può cambiare il mio pensiero? Quanto il mio pensiero può essere esteso? Quanto il mio pensiero può smantellare i saperi che io già possiedevo per, allora, arrivare a saperi sui quali io mai mi ero domandato?

Capacità di guardare e “sentire con”

Fatto questo preambolo, commento il giorno d'oggi. Nell'esercizio proposto, una cosa in primo luogo mi ha chiamato l'attenzione; in questo foglio che tutti hanno ricevuto (Immagine 1) c'è un'informazione scritta, un orientamento per il lavoro, ma c'è lì anche un'informazione in disegni. Abbiamo almeno tre "informazioni non testuali": un corpo che si esercita, uno zaino con una coperta ed una bussola, e subito, un punto di localizzazione.

L'Immagine 1 è portatrice di alcuni presupposti: ci sarà qualche sforzo fisico, attività. Ci sarà un percorso, porteremo uno zaino. Porteremo alcuni oggetti, ma anche coperta e bussola. Possiamo avere bisogno di pernottare, può esserci bisogno di cercare da soli riorientamento di strada, portare la coperta è prudente e la bussola può aiutarci. C'è un punto di localizzazione, quindi ci saranno dei luoghi da stare e da conoscere. L'immagine distribuisce anche persone e durate. Sono stati configurati dei luoghi, ma questa "mappa" non avrà il controllo sugli avvenimenti, il luogo segue vivo. La sfida fatta è stata mettersi in scena. Finché la scena si svolge non siamo un collettivo. Per arrivare ad essere un collettivo dobbiamo vivere ed "inventare" il luogo.

Uno strumento importante dell'azione nei luoghi è lo sguardo. Dove guardiamo? Cosa siamo capaci di vedere? Vediamo delle cose grandi o piccole? Vediamo l'invisibile? Le cose piccole ci sono, ma abbiamo la tendenza di non vederle. Certe volte le vediamo, ma non crediamo che giustifichino importanza. In un esercizio di percezione, alleniamo lo sguardo focale, per vedere ciò che importa. Generalmente, facciamo l'immagine che un occhio guarda in frente, in linea retta e diretta. Uno sguardo, intanto, ha bisogno di ampiezza, capacità di foco e dintorni (si alternano). Uno sguardo retto e uno sguardo obliquo, guardare in frente, ma guardare anche in agguato. Uno sguardo verso la realtà, ma anche verso ciò che è virtuale. Uno sguardo maturo, ma anche infantile. Uno sguardo verso il foco, ma anche uno sguardo al campo visivo. Uno alle evidenze, ma anche uno sguardo all'invisibile (Immagine 2).

Questa è una capacità da sviluppare, quella di essere capace di vedere. Certi animali come la mosca, ad esempio, vedono così. L'occhio della mosca offre una visione panoramica, che le permette di accompagnare i dintorni (a sinistra, a destra, su e giù) e di muoversi in diverse direzioni. È molto difficile uccidere una mosca perché essa non smette di muoversi, il suo occhio riesce ad individuare anche una movimentazione minima. Noi ci muoviamo pochissimo, di solito in avanti, e vediamo pochissimo, soltanto ciò che sta davanti. Possiamo fare una domanda: siamo davvero capaci di muoverci con questo livello di attenzione? Giacché non abbiamo un occhio di mosca, abbiamo bisogno di attivare delle sensibilità. Noi proviamo certe cose qui, oggi, che permettono di aiutare il nostro occhio a cambiarsi.

Adesso, pensate che tanto più io copio una tecnica da applicare, tanto meno ho bisogno di sviluppare il mio occhio. Quando io imparo una tecnica è per dire: è viabile, è possibile, qualcuno l'ha fatto, qualcuno ci ha provato. Noi abbiamo portato qui, quindi, negli esercizi, certe cose importanti, mi pare. Prima che gli esercizi arrivassero qui perché alcuni di noi gli utilizzano in scene di formazione in servizio, essi provengono da esperienze concrete, costitutive di luogo, sono degli esperimenti. Tutti gli strumenti portati qui provengono da una regione, da un servizio o da un gruppo che può dire perché ha sviluppato quello strumento, o cosa pretendeva con quello strumento, e come esso è stato usato. Insomma, la cosa più importante non è lo strumento, ma tutte queste domande che un gruppo locale ha posto, sviluppato ed sperimentato. Io vorrei chiamare l'attenzione su questo.

Ciò che noi, infine, abbiamo fatto qui, non è stato “rivedere strumenti”, abbiamo prodotto l’incontro. Si produce così, siamo diversi gli uni dagli altri, ma produciamo delle cose in comune. Quando produciamo ciò che è comune, non succede di restarci uguali, restiamo diversi di ciò che eravamo. Quando facciamo cose comuni, ciò che avviene è che ognuno di noi diventa più diverso di quanto era (Immagine 3).

Questo è quanto io volevo che potessimo capire, quando produciamo qualcosa in comune, non importa se restiamo tutti uguali e cominciamo a fare la stessa cosa. Ciò che importa è che restiamo più diversi di quanto eravamo. Questa area di comune cambia sempre, perché se modifichiamo, facciamo delle nuove comunità, cambiamo e cambiano i nostri comuni. Questa è la reindividuazione permanente. Questo è il movimento necessario per impararlo o per farlo in rete. Non stiamo avendo a che fare con cose semplici, nonostante cerchiamo di semplificare tutto al massimo. Ad esempio, ridurre una malattia ad un’unica spiegazione e un trattamento ad un’unica condotta. Ridurre gli apprendimenti ad un unico modello di imparare o la didattica ad un unico modo di insegnare. Qualunque malattia in un corpo muove varie cose in quel corpo: chi aiuterà a prendersi cura? Cosa deve cambiare nella routine di vita e lavoro? Che attività non saranno più fatte? Cosa non è più possibile mangiare? Tutte queste cose già cambiano una persona. Qualsiasi cosa che cambi una persona, già indica che stiamo parlando di una cosa complessa. Tutto il tema sulla fragilità già riportato qui, non è perché ci siano delle persone più o meno fragili, ma perché non abbiamo il controllo sulle nostre esistenze. Quando citiamo delle persone in processi di vita molto diversi dai nostri, è solo per far vedere che la produzione della vita trascende la nostra comprensione attuale e ci chiede sempre altre pratiche, altri processi, altre istruzioni.

Le istruzioni d’oggi

Tornando alle istruzioni (Immagine 1), verifichiamo tre verbi: posizionarsi, interrogarsi, incontrarsi. È interessante il verbo riflessivo. Il verbo riflessivo fa affermare che l’azione è su ciò che ci succede. Ad esempio, l’incontrarsi è incontrare se stesso. Il primo margine proposto è stato “posizionarsi”. C’è una prima possibilità, quella che potessimo rispondere “dove sono io”, “dove lavoro”, “qual’è la mia localizzazione”, ma anche è mettere in evidenza il mio punto di vista, la mia prospettiva, dalla quale io osservo. Un po’ della nostra identità, ma anche un po’ della nostra malleabilità, della nostra permeabilità, della nostra disponibilità. Sapiamo chi siamo, quale collettivo(i) formiamo. Chi è ognuno di noi che lavora in questo luogo? Chi è ognuno di noi che è venuto a questo laboratorio, che si trova disegnando questo posto? Posteriormente, quindi, l’interrogarsi: chi è ognuno di noi? In riunione, in piccoli gruppi, in plenario. Si presenta la possibilità di interrogarsi, mettersi in dubbio: quali sono le nostre necessità, del nostro gruppo, dei nostri utenti? Cosa abbiamo bisogno di imparare insieme ognuno di noi? Quali sono le cose che dobbiamo imparare oggi? Quali sono le nostre necessità di apprendimento? Infine, incontrarsi, che è già un posizionarsi da un altro posto, scoprirsì nell’azione.

Ripensare la sequenza: interrogarsi, incontrarsi e posizionarsi. L’interrogarsi significa non stare bene come sta, qualcosa non sta bene così, manca qualcosa, o qualcosa è incompleta, qualcosa provoca inquietezza nel corpo. A questo voglio chiamare interrogarsi, uscire dal posto che eravamo, il luogo conosciuto, il luogo dove noi

sappiamo qual'è il nostro ruolo. L'interrogarsi quando io mi faccio delle domande su quale luogo è questo e perché io occupo questo posto o in quel modo? Perché io mi presento in questo modo? Non è solo il perché, ma interroga anche dove sono. Qual è il luogo che mi disturba? Quali sono i disturbi? È mettersi in discussione, sentirsi a disagio, scomodarsi. È questo un primo movimento perché io possa rispondere perché sono venuto qua. Io ho uno scomodo, un disagio o qualche cosa che mi sta lasciando irrequieto. Questa inquietudine, questo disagio genera il movimento del divenire. Questo sarebbe il primo luogo perché noi mettessimo la parola interrogarsi. La seconda sarebbe incontrarsi, che dopo il disagio sarebbe come aprire le sue percezioni, usare quell'occhio sul quale ho parlato prima. L'incontrarsi è uscire dall'occhio che focalizza le sue percezioni, è scoprire l'occhio dell'ampiezza e delle delicatezze (Immagine 2). Posizionarsi diventa una scelta etica e politica. Cosa voglio creare, quali reti sto cercando, quali reti sto componendo? Questa sequenza: interrogarsi, incontrarsi e posizionarsi sarebbe mettersi in discussione, mettersi in analisi, incontrarsi con l'ampiezza, con tutto ciò che ti può mettere a disagio con te stesso, polso vitale, quindi, posizionarsi in difesa della creazione, dell'invenzione, della ricreazione, del cambiamento, della novità. Quello che ha bisogno di essere possibile è entrare in novità di sé e dei contesti. È necessario che diventi comodo tornarsi differente, che le percezioni possano cambiarsi. Se le mie percezioni sono modificate, posso snaturare certe posizioni e ritrovarmi? Questo significa il ritrovarsi, è il fare in comune. Incontrarsi vuol dire che l'altro modifica il mio io, "io" come "altro di me"(Immagine 3).

Il verbo riflessivo viene per mettere delle domande, domandare sulla disposizione all'incontro, e dire perché in questo luogo. Proprio qui, ognuno ha presentato una posizione sul perché è venuto, perché c'era un'interrogazione, perché è stato costruito uno strumento di incontro e perché aveva qualcosa da portare qua. È diventata la posizione di portare qua. Il modo in cui siamo arrivati non è da dove veniamo. Se il modo è dove arriviamo, e già sappiamo che si tratta soltanto di un modo, noi dobbiamo ritornare ad interrogarci, e dovremo produrre un altro modo. Sempre arriveremo ad un modo e sempre deformeremo questa forma nella costruzione di qualcos'altro che possa essere differente e che produca un'altra zona di comunità. È importante che sempre cerchiamo un modo e arriviamo in un modo. Il seguente passo è deformare e un altro di noi verrà.

Vi do un esempio, c'è un pittore, Paul Klee, ele usa l'espressione "formazione" per dire che noi sempre arriviamo ad una forma, ma la forma è sempre formazione. Non è una forma che è finita, perché continuiamo producendo delle forme. Il pittore riferisce che l'arte è formazione e non forma. Ed egli dá un esempio per capire questo, che è: il silenzio richiede il rumore, ma il rumore richiede il silenzio. Questo movimento è continuato, sempre noi faremo così, il silenzio richiederà che facciamo dei rumori, ma il rumore richiederà che ritorniamo al silenzio. Oggi uno strumento mi ha chiamato molto l'attenzione: il silente, o il silenzioso. Che un po' questa espressione del silenzio che esige un rumore, ma il rumore che esigerà un silenzio. Il silente è qualcuno che, in silenzio, osserva. Sarebbe una parola più bella che il silenzioso, in portoghese, che sarebbe restare quieto. Il silente non sta quieto, solo non sta parlando, non sta producendo rumore, ma egli è là. Dopo viene la narrativa. Il silenzio è la narrativa. È apparsa ancora una terza parola qui: rinarrare. Sono le tre stesse parole che ho messo prima. Il silenzio dell'interrogarsi, il narrare dell'incontrarsi e il rinarrare del posizionarsi. Il silenzioso è apparso qui come un possibile utente, che è quello che nelle nostre riunioni di lavoro non parla mai, perché si trova al di fuori del

servizio, egli è il cliente dell'attendimento.

Nell'ambito dell'educazione permanente in salute, bisogna che il silente entri o che riflettiamo con gli utenti che entrano, oppure andiamo noi fino al luogo dove gli utenti stanno parlando e noi siamo i silenziosi capaci di ascoltare. Oppure, anche noi occuperemo questo ruolo. Alle volte il silente è colui che, in una conversazione, non parla di ciò che è avvenuto, ma egli dice: se io fossi l'utente... Io credo che questa è stata la conversazione che è avvenuta qui. È questo che il silente deve dire: io sono l'utente... io finora sto ascoltando, e adesso come utente io dirò ciò che io penso su questa riunione di lavoro. Quali cose sono state dimenticate? A quali cose è stata data troppa importanza, e per me non sono importanti? Quali sono le cose che io dovrei fare, ma non c'è apertura qui per farle? Che cose non sono state dette, ma io già le faccio? Quindi, il silente viene per dire di tutta quella conversazione e pratiche che avvenivano lì dove egli restava silenzioso. Nel caso che egli fosse presente e parlando, cosa avrebbe detto? Queste tre cose che io ho preso là – silente, narrativa e rinarrativa- che io ho detto che potrebbe essere interrogarsi, incontrarsi e posizionarsi, ci danno un nucleo con dentro tante cose: gli strumenti, i cambiamenti, i talenti, i sussurri, il dare la voce. Abbiamo visto tante possibilità in cui potremmo silenziare, osservare ed ascoltare, varie forme di incontrarsi, vari strumenti di incontrarsi. Ed, infine, posizionarsi, mettersi in qualche luogo dopo gli effetti che l'incontro ci ha prodotto.

Infine, perché parliamo di educazione permanente in salute? L'espressione "educazione permanente in salute" (brasiliiana) presenta quali sfide? È stata collegata all'espressione formazione situata. La formazione situata è collegata al concetto di educazione permanente in salute perché dice sul luogo, sul territorio e sul mondo delle pratiche, che ha bisogno di produrre effetto su di noi. Non possiamo imparare solo con la letteratura, abbiamo bisogno di imparare con i luoghi, con gli incontri, con le persone, con le culture, , con i linguaggi. Vari strumenti, oggi, hanno portato le culture, i linguaggi, i luoghi, i territori, strumenti questi venuti da una scena d'azione. Sono venuti da questa esperienza situata.

L'educazione permanente in salute ha un concetto che io ho sviluppato da qualche tempo, quello che 4 elementi necessariamente devono essere messi, affinché prendiamo, non solo l'informazione situata come qualcosa di rilevante, ma l'implicanza con il sistema sanitario: 1) cambiare le pratiche di cura, metterle in discussione: è corretto il modo in cui stiamo facendo? Riesce a gestire l'altro? I suoi interessi e stili di vita? Molte delle nostre pratiche sono regolate da istanze che definiscono quali sono le pratiche permesse e quali pratiche sono autorizzate, al punto che non ci domandiamo su cambiare queste regole o queste logiche che organizzano le pratiche. In un processo formativo, questi disegni hanno bisogno di essere messi in discussione. È proprio così? Continua ad essere in questo modo? Cosa succederebbe se fosse un'equipe di discussione? Cosa succederebbe se io non dovessi solo rispondere ad una regola, ma se dovessi rispondere a ciò che osservo, a ciò che sento? 2) Qual è l'interesse del silente, del nostro utente? Cos'è la cittadinanza in salute, e come va il processo sociale? Allora, non serve a niente domandare a me stesso quali sono le pratiche che hanno bisogno di essere cambiate, senza qualsiasi collegamento con quanto l'altro, il silente, sente o con quello che egli dice. Bisogna che io metta in dubbio le pratiche e bisogna che io lasci il silente parlare, e che io sia capace di ascoltare il silente. 3) È necessario anche mettere in discussione qual'è la rete disponibile, qual'è la logica della gestione? Qual'è la logica di

organizzazione dei servizi? Al posto dove io mi trovi, c'è una logica di gestione della politica, io devo fare questa domanda per posizionarmi come cittadino, non soltanto come tecnico. Ho bisogno di posizionare i miei atti e ruoli. 4) Stabilire delle pratiche formative in modo che tutto ciò sia oggetto di conversazione, di cambiamento e di interazione. Ciò che abbiamo fatto qui, oggi, durante il giorno, è stato ascoltare com'è possibile insegnare ed imparare in reti di conversazione, in "palestra" ma non in "prelezione". È questo un apprendimento molto diverso da una conferenza in cui qualcuno parla e l'altro ascolta. Io, adesso e qui, parlo abbastanza, lo faccio alla fine. Io sto parlando dopo tutto un giorno di lavoro che io ho accompagnato, la cui funzione è sviluppare un'osservazione di produzione. È diverso dal fatto di essere stato io la prima persona che ha parlato e chiudere l'argomento. La formazione può avvenire in territorio, sotto lo scambio tra quelli che sono in situazione.

Considerazioni finali

Se era per contribuire con qualche teoria, alla ricerca di dispositivi socio-organizzativi per la qualifica dei servizi sanitari e sociali, il mio contributo è sulla formazione situata e sulla possibilità di connessione con la nozione di educazione permanente in salute che facciamo nel sistema sanitario brasiliano in questo momento. In ogni palestra sono stati "esercitati" degli apprendimenti attivi, sotto gli slogan di interrogarsi, posizionarsi ed incontrarsi. Eserciti la formazione situata, essendoci dentro. La denominazione "fiera" è stata l'opportunità di fare contatto con diversi strumenti e capire che la formazione in servizio non corrisponde ad una lezione "centrata del contenuto", ma ad una "situazione di coinvolgimento". In ogni palestra, tre "modalità di esercizio ginnastico". Infine, abbiamo vissuto insieme alcune risorse di pensiero: la ruota tra pari, la situazione di studio presentata da "etnografi di turno" e la situazione problema per aprire una riflessione situata.

Dalla formazione situata all'educazione permanente in salute, solo altri interrogativi, incontri e posizioni: imparare in base al territorio e trasposizioni, imparare la storia delle pratiche e il suo potenziale di alterarsi, imparare con l'altro, e lasciare che ci faccia cambiare, imparare la politica e collocare il nostro lavoro a servizio della difesa di un mondo inclusivo, partecipativo e dei diritti. Insegnare ed imparare vuol dire comporre dei circoli di cultura, metterli in rete, in modo che tutte le pratiche e tutti i saperi possano fare esperienza del piegarsi e spiegarsi delle composizioni, ricomposizioni ed innovazioni.

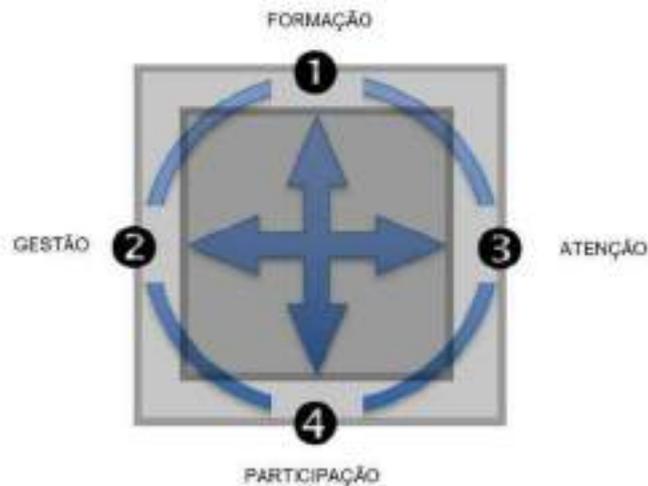
Dopo aver detto tutto ciò che io ho detto, solo mi resta ringraziare l'opportunità che mi hanno offerto, non per aver fatto questa restituzione, ma per quello che mi hanno fatto sentire in questo giorno. Su questo punto, devo ringraziare tutti, è stata una grande opportunità per imparare e farmi delle domande.

Referências

1. Franco TB, Burg Ceccim R. Prassi In Salute Globale: Azioni Condivise tra Brasile e Italia. Serie Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale. Porto Alegre, Rede Unida Editora, 2016

Immagine 4 – Il quadrilatero della formazione

(Contenuti dell'Immagine: 1- FORMAZIONE; 2 – GESTIONE; 3 – ATENZIONE; 4 – PARTECIPAZIONE)



Como citar: Ceccim RB. Alla ricerca di dispositivi socio organizzativi per qualificazione dei servizi sanitari e sociali: un contributo riflessivo sull'esperienza **Saúde em Redes**. 2022; 8 (1). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n1p295-303

Recebido em: 15/07/20

Aprovado em: 14/10/21