

ISSN 1982-8829 – 2020, Vol. 14, N. 04. Publicado em 2023

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

PERCEÇÃO DA
POPULAÇÃO
TRANSGÊNERO
ACERCA DO
ATENDIMENTO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE

ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM
ASSENTAMENTOS
RURAIS E
COMUNIDADES
QUILOMBOLAS NO
BRASIL

IMPLANTAÇÃO DO
NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO COM
HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS

TEMPUS
actas
de saúde coletiva



ECOS
LABORATÓRIO
DE INVESTIGAÇÃO
E INOVAÇÃO EM SAÚDE
EDITORA
ECOS

© 2007 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estu-
dos
em Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva
Júlio César Cabral

Revisão de Normalização e Referências

Mônica Peres
Allani Sousa Reis
Leo Lynx Silva Prado
Maria Luísa Carvalho Barrio
Gabriela dos Santos Dutra

Estagiárias biblioteconomia

Nathalia Lima de Souza
Gabriela Leite Melo

Revisão

Gabriela dos Santo

Diagramação

Allani Sousa Reis
Leo Lynx Silva Prado
Maria Luísa Carvalho Barrio

Editores Científicos

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Fátima de Sousa

Editores Consultivos

Daniela Savi Geremias -
José da Paz Oliveira Alvarenga
Luana Dias Da Costa
Mônica Peres

Pareceristas *ad hoc*

Daniela Savi Geremia
Jeferson Santos Araújo

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde
do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil
CEP 70847-510
Tel.: (55++61) 3340-6863
Fax: (55++61) 3349-9884
E-mail: uticsnesp@unb.br
<http://www.tempusactas.unb.br/>
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga – v. 14, n. 4. (out/nov/dez/2020)– Brasília: Editora ECoS, 2023.

Trimestral.

Obra publicada em 2023 para atualização da coleção
ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Enfermagem 3. Atenção Primária à Saúde– Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública.

Editora

ECOS

CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados

Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madri (UCM)
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)
Daniela Savi Geremia - Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
Daphne Rattner - Universidade de Brasília (UnB)
Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)
Inesita Soares de Araújo - Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barretoc - Escola de Saúde Pública do Ceará
Jeferson Santos Araújo - Universidade Federal da Fronteira Sul (UF)
João Arriscado Nunes - Universidade de Coimbra - Portugal
José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas (UFPel)
Lise Renaud,
Faculté de Communication - Université du Québec à Montréal
(Canadá)
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal
Miguel Ângelo Montagner - Universidade de Brasília (UnB)
Patrícia Hernandez - Universidade Autónoma do México (UNAM)
Rackynelly Alves Sarmento - Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)
Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)
Soraya Resende Fleischer - Universidade de Brasília (UnB)
Wilma Madeira da Silva - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Sumário

Formação, cuidado e desenvolvimento da primeira infância na atenção básica: experiências de agentes comunitários de saúde do nordeste do Brasil.....	7
A importância da Espiritualidade e da Religiosidade na prática dos cuidados paliativos.....	27
Incidentes no transporte intra-hospitalar de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva.....	46
Percepção da população transgênero acerca do atendimento em serviços de saúde.....	70
Atenção primária à saúde em assentamentos rurais e comunidades quilombolas no Brasil.....	92
Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência neoclássica.....	119
Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde na formação em Odontologia: um relato de experiência.....	150
Implantação do núcleo de apoio à saúde da família: um estudo com hipertensos e diabéticos.....	164
Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde: a mediação do Núcleo de Atendimento ao Cliente.....	191
Uso de plantas medicinais como coadjuvante terapêutico na visão da equipe de referência no município de Icapuí	211
Entre mitos e verdades: A representação da masculinidade dos homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense e sua implicação para o campo da saúde.....	234
Diálogos acerca da experiência de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal1, 2 ,3.....	253

EDITORIAL

Um dos maiores desafios para a comunicação científica, principalmente no contexto de publicação de periódicos, é manter níveis de qualidade para a produção coletiva e especializada em um contexto de profundas transformações e instabilidades. Mesmo com bases sólidas, construídas ao longo de séculos de tradição, a ciência se adapta aos padrões inovadores tentando manter aquilo que é essencial: a confiabilidade e o uso aprimorado desses veículos de comunicação para a promoção de desenvolvimento e progresso do conhecimento científico. Cada área tem suas especificidades, e isso precisa ser observado.

Na prática, isso significa o cuidado minucioso com critérios de qualidade e a constante adaptação às mudanças de tecnologia. No Brasil a manutenção das revistas é uma atividade complexa, tem pouco investimento por parte das instituições e há uma sobrecarga de atividades entre os especialistas editores que, além das atividades como docentes e pesquisadores, se dedicam incansavelmente ao trabalho de produção editorial. São heróis anônimos. Por isso mesmo, ao publicarmos esse fascículo, destacamos o esforço coletivo, conduzido por esses heróis, identificados aqui como editores científicos.

Reunidos com o apoio de alunos(as) de editoração do curso de biblioteconomia, ao longo do primeiro semestre de 2023, conseguiram atualizar a coleção da revista *Tempus Actas*. Depois das ações de normalização e montagem de 10 fascículos, entre eles o dessa edição, esses especialistas, de forma voluntária, se dedicaram à avaliar os trabalhos para garantir a qualidade de sempre, comprovada pela recente melhoria no status da revista. Essa nota “no estrato B”, atribuída pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos enche de ânimo. No Brasil, é a CAPES, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a agência responsável pelo acompanhamento e avaliação das revistas científicas, orientando suas diretrizes e ações dos programas de pós-graduação.

Por isso, a Editora ECoS agradece imensamente o trabalho desses heróis e heroínas, coordenados pelo professor Jose Alvarenga (UFPB), na condução precisa do processo de avaliação como pareceristas *ad hoc* e no engajamento pela organização editorial de fascículos que precisavam entrar na coleção. Agradecemos também aos(às) autoras(res) por confiarem a divulgação dos resultados de pesquisa à TEMPUS, esperando pacientemente por esse momento. Mesmo com o atraso, a revista é registrada como publicada em agosto de 2023, o que

garante a atualização dos artigos nas bases de dados referenciais e currículos.

TEMPUS - ACTAS DE SAÚDE COLETIVA é um periódico arbitrado, de abrangência internacional e especializado em saúde pública. A revista eletrônica foi criada pela Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação (UTICS) do NESP, com a coordenação das professoras Fátima Sousa, Elmira Simeão e Valéria Mendonça com a participação dos especialistas Júlio César (UTIS) e de Miguel Márdero, atual coordenador do projeto Cariniana de preservação digital, no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, IBICT. O detalhamento técnico foi desenvolvido a partir das discussões no núcleo de tecnologia de Informação UTICS.

Artigo

Formação, cuidado e desenvolvimento da primeira infância na atenção básica: experiências de agentes comunitários de saúde do nordeste do Brasil

Training, care and development of first childhood in basic care: experiences of community health agents in northeast of Brazil

Capacitación, atención y desarrollo de la niñez temprana en atención básica: experiencias de agentes de salud comunitários em el noreste de Brasil

Carlos André Mourão Arruda¹

Maria do Socorro de Sousa²

Camila Machado de Aquino³

Tânia Maria de Sousa França⁴.

Márcia Maria Tavares Machado⁵

RESUMO:

A primeira infância é uma etapa fundamental da vida para o desenvolvimento das estruturas física, psíquica e das habilidades sociais do ser humano. Objetiva-se identificar as estratégias e atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Atenção Básica à Saúde acerca do cuidado e desenvolvimento da primeira infância. Esta pesquisa se norteou pela abordagem qualitativa, em uma vertente crítico-interpretativa. Foram realizadas 31 entrevistas não-diretivas com ACS de 05 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), do município de Fortaleza/Ceará. O material qualitativo foi submetido à análise hermenêutica, por meio do círculo hermenêutico. Destaca-se que os ACS desenvolvem atividades e estratégias voltadas para o acompanhamento da criança desde o nascimento, com destaque para a puericultura, orientações sobre o aleitamento materno exclusivo e imunização.

1 andrecaninde@yahoo.com.br

2 sousams3@gmail.com

3 camilamachadoce89@gmail.com

4 taniamsfranca@gmail.com

5 marciamachadoufc@gmail.com

Ainda, observou-se que a grande maioria dos ACS não recebeu nenhuma formação relativa ao desenvolvimento infantil. Há a necessidade de se pensar uma formação voltada para o desenvolvimento de ações e estratégias relativas à primeira infância, ante a necessidade dos ACS de incorporarem novos elementos à sua prática e aos seus conceitos.

Palavras-chave: Saúde da criança; Atenção primária à saúde; Desenvolvimento infantil; Saúde coletiva; Profissionais da saúde.

ABSTRACT:

Early childhood is a critical stage of life to the development of physical, mental and social skills of the human structures. The objective is to identify the strategies and activities of the community health workers (CHW) in Primary Health of care and early childhood development. This research was guided by qualitative approach in a critical-interpretative aspect. They were conducted 31 interviews with non-directive ACS 05 Units Primary Health Care (UAP), the city of Fortaleza/Ceará. The qualitative material was submitted to hermeneutic analysis through the hermeneutic circle. It is noteworthy that the ACS develop activities and strategies for monitoring the child from birth, particularly child care, guidance on exclusive breastfeeding and immunization. Furthermore, it was observed that the vast majority of ACS received no training on child development. There is a need to think about training focused on the development of actions and strategies for early childhood, before the need for new ACS incorporate elements to their practice and their concepts.

Keywords: Child health; Primary health care; Child development; Collective health; Health professionals.

RESUMEN:

La primerainfancia es una etapa fundamental de la vida para el desarrollo de las habilidades físicas, psicológicas y sociales de los seres humanos. El objetivo es identificar las estrategias y actividades desarrolladas por los agentes de salud comunitaria (CHA) en Atención Primaria de Salud sobre el cuidado y desarrollo de la primerainfancia. Esta investigación fue guiada por el enfoque cualitativo, en un aspecto crítico-interpretativo. Se realizaron 31 entrevistas no directivas con CHA de 05 Unidades de Atención Primaria de Salud (UAPS), en la ciudad de Fortaleza / Ceará. El material cualitativo se sometió a análisis hermenéutico, a través del círculo hermenéutico. Cabe mencionar que la CHA desarrolla actividades y estrategias dirigidas a monitorear al niño desde el nacimiento, con énfasis en el cuidado infantil, orientación sobre lactancia materna exclusiva e inmunización. Además, se observó que la gran mayoría de los TSC no recibieron capacitación relacionada con el desarrollo infantil. Es necesario pensar en la capacitación dirigida a desarrollar acciones y estrategias

relacionadas con la primera infancia, dada la necesidad de que los TSC incorporen nuevos elementos en sus prácticas y conceptos.

Palabras clave: Salud infantil; Atención primaria de salud; Desarrollo infantil; Salud pública; Profesionales de la salud.

INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, após experiência exitosa no estado do Ceará no fim da década de 1980, a fim de buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Dentre as suas diversas atribuições, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve “realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea”¹(p. 49). Dessa forma, é exigido do ACS habilidades diferenciadas para lidar com distintas situações de saúde, bem como a sua participação em processos de formação e educação permanente em saúde.

Reforça-se a importância de promover o desenvolvimento da criança a partir de Políticas Públicas que incentivem a colaboração multisetorial e, ainda, destacam que os ACS são profissionais que atuam em contato direto com as comunidades, famílias e crianças, desenvolvendo atividades que são específicas para qualquer fase do desenvolvimento da criança ou relativa à sua nutrição². Ao lado disso, Arruda e colaboradores³apontam que é visível no trabalho do ACS o acompanhamento, a orientação e a preocupação com a saúde da população, especialmente a saúde materno-infantil

Sobre o desenvolvimento da primeira infância (DPI), cabe-nos destacar que o seu campo está definido na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e refere-se ao desenvolvimento físico, cognitivo, linguístico e socioemocional das crianças até a transição para a escola primária (normalmente por volta dos 6 ou 7 anos de idade)⁴.

Os primeiros anos da vida de uma criança são de fundamental importância, pois o que ocorre na primeira infância faz diferença por toda vida.

Desde a gravidez até ao longo da primeira infância, todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com adultos e cuidadores, exercem grande impacto em seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social⁵.

Por conseguinte, o desenvolvimento na primeira infância deve ser parte da visão do futuro de cada nação, devendo as políticas e os investimentos em DPI serem de longo prazo, visando ao retorno desses investimentos em 20-30 anos. Ainda, as crianças são o nosso futuro e investindo nelas em seus primeiros anos, investiremos no desenvolvimento humano e econômico de todos⁶.

Os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil são integralidade, qualidade, equidade e participação social, conceitos que dialogam, sobremaneira, com o cuidado e desenvolvimento da primeira infância. Mediante a adstrição de clientela, as equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários, a comunidade e vice-versa. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação, visando a uma resolubilidade maior da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde¹.

Ao lado disso, programas de visitas domiciliares e de treinamento dos pais têm levado a uma melhora na saúde, bem como a uma redução no envolvimento com o crime e outros comportamentos negativos quando as crianças atingem a adolescência. Diversos programas relacionados aos cuidados infantis e pré-escolares têm tido impactos ao longo prazo acerca da saúde, educação, emprego, renda e outros indicadores de bem-estar⁷.

Apesar do grande avanço do Brasil no que tange às políticas de DPI, alguns aspectos ainda estão aquém, como, por exemplo, a saúde infantil, que possui a taxa mais elevada de mortalidade de crianças menores de cinco anos

para países latino-americanos de renda média. Portanto, cabe-nos ressaltar que o Brasil tem tido um grande progresso na política de DPI nos últimos anos, mas ainda está aquém em alguns aspectos, por exemplo, a saúde infantil é uma grande preocupação, com mortalidade e taxas médias de nanismo. O Brasil tem uma taxa de mortalidade de crianças com menores de cinco anos para países da América Latina, mas a mais elevada mediana para países latino-americanos de renda média⁸.

Este artigo objetiva identificar as estratégias e atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde na Atenção Básica à Saúde acerca da formação, cuidado e desenvolvimento da primeira infância.

METODOLOGIA

Dada a natureza do objeto em foco, esta pesquisa se norteou pela abordagem qualitativa, em uma vertente crítico-interpretativa. Dessa forma, a abordagem qualitativa nos subsidia quando busca “[...] *os significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem este mundo*”⁹(p. 14).

Este estudo foi desenvolvido em 05 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) localizadas nos bairros: Jangurussu, Conjunto Palmeiras e Barroso, pertencentes à Secretaria Executiva Regional VI. Estas UAPS foram incluídas por fazerem parte do Projeto Cresça Com Seu Filho, no município de Fortaleza/Ceará, Nordeste do Brasil. Este Programa tem como principal objetivo promover o desenvolvimento integral da Primeira Infância desde a concepção até os três anos de vida da criança. Para se alcançar este objetivo, são realizadas intervenções no domicílio por meio de visitas domiciliares efetivadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, previamente treinados em um curso de formação de 60h, utilizando metodologia ativa e participativa.

Foram incluídos como informantes-chave ACS, cujo acúmulo subjetivo em relação ao objeto focalizado, possibilitou a sua compreensão. Vale

salientar que contamos com ACS das cinco UAPS, não estabelecendo um número de ACS a serem entrevistados, porquanto nesta investigação, o fechamento amostral se deu por saturação teórica¹⁰, que, ao final, somou-se 31 ACS. Os critérios de inclusão dos ACS foram: a) Pertencer ao quadro de profissional da saúde (ACS) das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) dos bairros incluídos nesta investigação; b) Estar matriculado no Curso de formação do Programa Cresça Com Seu Filho; c) Estar desenvolvendo visitas domiciliares com crianças de 0 a 3 anos.

Para a obtenção do material empírico/qualitativo, foi utilizado um roteiro contendo alguns elementos compondo uma caracterização do ACS (aspectos socioeconômicos e demográficos), como também a questão norteadora: “*Gostaria que o/a senhor/a me falasse quais são as atividades que desenvolve tendo como foco a primeira infância*”, sendo esta desdobrada a partir da relação intersubjetiva entre o pesquisador e o ACS.

Para tanto, escolhemos trabalhar com entrevista não diretiva porque corresponde aos níveis mais profundos, pelo fato de existir uma relação entre o grau de liberdade deixado ao entrevistado e a profundidade das informações fornecidas por ele¹¹. As entrevistas tiveram uma duração média entre 20 a 30 minutos, tendo sido conduzidas por 02 pesquisadores treinados e realizadas nas sedes das UAPS correspondentes a cada ACS.

À medida que se realizaram as entrevistas não diretivas com os ACS, essas foram transcritas e o material empírico/qualitativo foi submetido a leitura transversal e horizontal, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da *rede interpretativa*¹².

Neste estudo, utilizamos os fundamentos da hermenêutica. Em seu turno, ela é uma das vertentes no âmbito da abordagem qualitativa. Nos estudos de Schleiermacher¹³, a hermenêutica é complementada pela dialética, ou seja, a

hermenêutica mostra os limites da dialética e esta, porém, exhibe a possibilidade desta.

A pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme Parecer Consubstanciado nº 751.152.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

Dos 31 ACS participantes deste estudo, 80,6% (25) foram do sexo feminino e 19,4% (06) do sexo masculino. A grande maioria era casado/a (45%), seguido por solteiros/as (35%). Com relação à escolaridade, 71% (22) dos ACS possuíam o Ensino Médio Completo. A maioria (61,3%) era natural de Fortaleza, suas idades variaram entre 29 a 62 anos e possuíam entre 3 a 27 anos de serviço como ACS.

A rede interpretativa

Após o processamento do material discursivo, elaboramos a rede interpretativa que se dividiu em dois eixos analíticos.

A) Principais atividades desenvolvidas com foco na primeira infância:
refere-se às atividades que os ACS realizam com foco na primeira infância.

B) Treinamentos realizados sobre desenvolvimento infantil:*refere-se à formação realizada pelo ACS relativa aos cursos e capacitações sobre primeira infância.*

Principais atividades desenvolvidas com foco na primeira infância

Esta categoria se deteve na apreensão acerca das atividades desenvolvidas pelos ACS tendo como foco principal, as atividades desenvolvidas durante o período da primeira infância. A partir das leituras das entrevistas foi possível observar que dentre as atividades mais realizadas, ressalta-se o seguimento da criança desde o seu nascimento, com o acompanhamento do crescimento infantil, a partir do preenchimento do cartão de vacina (verificação e monitoramento da imunização), do estado nutricional e ao seu peso, como mostra os excertos que seguem:

[...] nós acompanhamos a criança desde o seu nascimento em relação ao cartão de vacina, ao estado nutricional, ao seu peso [...]. (ACS 23)

[...] um mês a gente já começa a pesar também para saber se a criança está aumentando de peso [...], aí aquelas que não aumentam, a gente tem que estar lá duas vezes ao mês para saber o porquê, e se ela tá amamentando direito, né? [...]. (ACS 11)

[...] no nosso caso é de zero a três, acompanhamento do cartão de vacina né e ver se a criança tá desenvolvendo de acordo com os indicadores do cartão né, a gente pega a caderneta lê e vê os indicadores, se a criança tá tendo aquela altura, se ela tem aquele peso. (ACS 15)

Outro aspecto observado nas entrevistas foi que os ACS também orientam as mães acerca do aleitamento materno exclusivo, bem como verificam se elas estão cumprindo a exclusividade do aleitamento. Ao lado disso, os ACS reforçam que durante o seguimento, tem-se observado variações de condutas exercidas pelas mães, quando algumas não seguem as suas orientações, como descrito abaixo:

O nosso primeiro foco é quando a mãezinha chega da maternidade e a nossa preocupação é saber se ela está amamentando, como ela está amamentando a criança e até mesmo se ela está amamentando exclusivamente. (ACS 24)

[...] é o aleitamento materno, [...]. Que é de zero a dois anos, assim a gente acompanha. Ai, a gente procura ver se a mãezinha está amamentando bem, que é o aleitamento materno exclusivo e os cuidados que são necessários, e orientamos que é para ir pelo menos até seis meses o aleitamento materno, porque muitas aqui e acolá já dão o leite mesmo comum mesmo [...] ai precisa a gente está conversando bastante, umas ainda acata o que a gente fala, mas outra não [...] (ACS 16)

Ademais, a realização das consultas de puericultura, tendo como foco o acompanhamento da imunização, o apoio para a amamentação, o desenvolvimento de uma alimentação saudável, dentre outros aspectos, também se unem às atividades destes ACS tendo como foco a primeira infância, como verificamos:

“[...] no momento, as atividades que a gente mais realiza com essa faixa etária é a puericultura, que é a partir do nascimento da criança, que é o nosso acompanhamento mensal [...]”. (ACS 10)

[...] quando a criança nasce, a gente encaminha à unidade de saúde para que seja feito o teste do pezinho, seja feito o teste da orelhinha, as vacinas dos primeiros meses, né? E a gente faz todo esse encaminhamento, e após este encaminhamento, a gente fica fazendo o acompanhamento na residência para ver se as vacinas estão sendo todas dadas nos dias certos, nas datas certas e depois aqui no posto, na unidade de saúde já é marcado. (ACS 31)

Outra atividade presente nas narrativas dos ACS entrevistados foi acerca do acompanhamento do pré-natal. Alguns ACS falaram da importância da realização das consultas de pré-natal, bem como dos direitos das crianças:

As principais atividades que a gente desenvolve na primeira infância já começa na gravidez. A gente acompanha aquela gestante, orientando em relação ao pré-natal, a importância do pré-natal para a saúde dela, pra saúde do bebê [...] quando a criança nasce a gente também já vai orientando ela sobre tudo que a criança tem direito [...] isso na saúde ou em outras áreas. (ACS 17).

Dessa forma, a despeito de termos muitas narrativas relativas às atividades realizadas pelos ACS, observamos também que alguns ACS relataram sobre a falta de uma equipe multiprofissional para cuidar melhor das crianças. Apontam o que seria ideal para cuidar melhor dessas crianças e encerram discorrendo que se tem a necessidade de continuar buscando aprimorar as ações para as crianças:

Atualmente, primeiro a gente vai falar o que seria o ideal e o que é desenvolvido. O ideal seria o quê? Um PSF completo, cobertura de médico, enfermeiro, e outros profissionais multidisciplinares [...] nós temos só a psicóloga. Então, a gente já viu uma defasagem muito grande no quadro funcional, isso já nos impossibilita de um trabalho realmente qualitativo. [...] mas a gente vê que ainda falta muito a ser feito, mas por conta do quadro que está incompleto dos profissionais. Como o quadro profissional que tem aqui é como eu já te disse, a gente faz sempre o máximo que pode, porque a gente entende que a primeira infância é a base de tudo e o que vai acarretar futuramente lá no indivíduo. (ACS 29)

Outras atividades realizadas pelos ACS se referem às ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como cuidados relativos à desnutrição infantil:

Com relação à saúde da criança, a gente acompanha as crianças, identifica né, orienta e acompanha como um todo na prevenção e na promoção da saúde da criança. (ACS 31)

E muitas vezes quando eu sei que a mãe não faz aqui, mas faz em outro lugar eu procuro sempre saber o que o médico falou, o que foi que o enfermeiro falou, se ela tá colocando em prática, se ela precisa e se ela tem, como é que eu posso dizer, se ela conseguiu absorver aquilo que ele disse e senão se ela tem dúvidas e aonde é que eu posso tá ajudando ela pra ela possa sempre tá de olho nesse desenvolvimento do filho. (ACS 20)

Hoje eu tenho uma criança que hoje em dia que ela já é mãe e não mora mais na minha área, mas eu tenho ela como referência do meu trabalho, porque essa criança, ela era uma criança desnutrida no qual a gente acompanhava e eu cheguei a fazer o acompanhamento dela até no final de

semana junto com o centro de nutrição porque havia uma necessidade de ser feito, o horário da alimentação dela, e hoje em dia devido todo esse cuidado que a gente teve, do caso identificado e o cuidado dela ser cuidada que hoje ela é uma pessoa que tem uma vida, [...], isso foi importante, porque foi o cuidado que você tem quando você pega o caso, e acompanha [...]. (ACS 27)

Treinamentos e necessidades de aprendizados sobre desenvolvimento infantil

Esta categoria refere-se aos treinamentos realizados pelos ACS, no que tange à temática sobre desenvolvimento infantil. Tais treinamentos podem ser do tipo capacitação, formação, oficina, dentre outras modalidades. A grande maioria dos ACS relataram a não participação nesses treinamentos, bem como que há muito tempo eles não recebem nenhum incentivo para participar de cursos focados nessa temática, com exceção daqueles que participaram no Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (existiu um módulo nesse curso que versou sobre desenvolvimento infantil, centrado em cuidados com crianças) e atualização em imunização.

Muito superficialmente, porque nós tivemos um primeiro treinamento. Logo que nós entramos na prefeitura, participamos de um curso técnico para agentes comunitários de saúde, onde a gente via a questão da gestação, da mãe, acompanhava o desenvolvimento da gestação. (ACS 29).

Que eu saiba não. Era assim: no início nós tínhamos, sempre que surgiam vacinas novas e depois que eu entrei aqui nós não tivemos mais nenhuma reciclagem assim de nada, né. [...] se aparecesse, por exemplo, essas vacinas novas [...], a Rotavírus, a gente tinha treinamento [...]. (ACS 08).

[...] mas assim um curso pra que a gente ficasse capacitada mesmo no desenvolvimento da criança, no acompanhamento no dia a dia a gente nunca teve não (ACS 05).

Os ACS relatam alguns cursos que podem ajudá-los a melhor trabalhar as questões relativas ao desenvolvimento infantil. Dentre esses cursos, eles se referem ao curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. Mesmo os ACS não sendo elegíveis para participarem deste curso, eles apontam a sua importância e reforçam que não tem tido nenhum tipo de reciclagem nesta área:

Tem alguns cursos extracurriculares como AIDPI que contempla muito o atendimento à primeira infância e acho que a formação e a reciclagem ela é muito particular porque cada profissional acaba buscando a sua. Ultimamente, pela prefeitura, a gente não tem nenhum tipo de reciclagem ou treinamento específico voltado pra saúde da criança não (ACS 23).

No início do exercício da profissão como ACS, uma ACS relatou que teve um treinamento. Este treinamento foi voltado para a imunização e acerca de algumas doenças emergentes:

Que eu lembre não. Assim, quando eu entrei, logo nesse programa agente de saúde da família, o meu treinamento foi muito bom, que hoje em dia não fazem mais assim. O meu foram três meses de treinamento e hoje em dia é um mês assim e não é como foi o meu. Mas assim, outro, a gente tinha assim reciclagem de vacina, reciclagem, vamos dizer assim do sarampo, da tuberculose num sabe essas coisas assim, [...] (ACS 21).

Os ACS sentem a necessidade de aprender e de participar de cursos voltados para a primeira infância. Ainda admitem que é sempre muito bom aprender sobre o cuidado voltado às crianças, em especial de 0 a 2 anos de idade, como vemos abaixo:

Não, tudo é bem-vindo, é muito bom, [...], para mim assistir é muito bom. Tudo que a gente aprende, tudo que vier né é bem-vindo. (ACS 11).

Pode ser de cuidar o geral, como tratar uma criança da idade de zero até dois anos, como a gente atende as crianças de zero a dois anos ou até mais, aí quem vai estipular aí é o curso, alguma coisa. (ACS 18).

Acho interessante. Como eu havia falado, uma das grandes dificuldades é a falta de capacitação (ACS 22).

Eu acho ótimo, quanto mais informação melhor. Quanto mais capacitação vai enriquecer. (ACS 01).

Ao lado disso, apontam outras necessidades de aprendizagem, dentre elas: abordagem familiar que propicie à estimulação à criança, aprender a conversar e entender a criança, ajudar as mães à melhor cuidarem dos seus filhos, dentre outros:

Assim como estimular, qual a maneira certa de fazer abordagem. Deve ter um tipo de abordagem diferente para cada situação, tem vez que você pensa que tá fazendo uma abordagem certa na família e vê que não é daquele jeito e tenta buscar outra maneira, procurar ter mais aproximação com aquela criança. Acho que é só isso assim e tentar trazer ela pra mais próximo também no caso da UAPS. A distância também atrapalha um pouco. (ACS 02).

Aprender a lidar com a criança, aprender a conversar, aprender a entender a criança, porque muitas vezes a mãe não entende a criança, até mesmo o choro da criança. (ACS 16).

Então assim, eu acho que nós deveríamos ter uma capacitação para ajudar as mães, porque muitas vezes ela precisa e muitas vezes ela não faz porque ela não sabe também, ela não sabe cuidar. Então, se eu tenho dificuldade de passar pra ela e imagina ela passar para o seu filho. Eu acho que a partir do momento que o agente de saúde ele é capacitado para capacitar a mãe vai ser bem mais fácil dela cuidar do seu próprio filho. (ACS 25).

O que eu gostaria de aprender, o que eu sinto mais falta ainda é um pouquinho de psicologia, voltar um pouquinho mais na psicologia, mas tanto na da criança quanto na da mãe. Porque a gente vê muito a criança chantagista que ela se torna pela própria conduta da mãe. É agressiva com os pais, porque se o pai não der o que ela quer a mãe não der

aquele alimento, aquele determinado brinquedo é um escândalo, é uma cena de cinema, uma cena de novela. (ACS 24).

A partir do que os ACS já trabalham e desenvolvem com foco na primeira infância, eles citam que a falta de capacitação é a principal dificuldade para trabalhar com a comunidade:

Falta capacitação pros profissionais, eu acho que é a primeira. Porque dizer que, querer apontar a dificuldade das famílias é financeira, de recurso e outras coisas mais isso é secundário. O que falta é capacitação pros profissionais, se os profissionais tivessem capacitação mesmo de saber abordar, de saber o que oferecer para cada idade, para cada atividade [...], eu acho que as outras dificuldades seriam superadas. (ACS 22).

A despeito de não terem participado de muitos cursos voltados para a primeira infância, alguns ACS relataram que aprenderam a trabalhar com desenvolvimento infantil, a partir da interação com outros ACS, como descreve o trecho abaixo:

Eu aprendi mais aqui com as pessoas que já eram agentes de saúde há mais tempo e que me ensinaram a trabalhar. Mas, treinamento mesmo em relação ao estado nutricional da criança, a cuidado de criança de zero a três anos e a cartão de vacina a gente até hoje não teve nenhum. (ACS 17)

DISCUSSÃO

As políticas públicas voltadas para a área materno-infantil devem privilegiar a atenção integral às mulheres (durante a gravidez) e às crianças (no primeiro ano de vida), a fim de garantir a saúde destas mulheres e crianças, além de contribuir na diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil¹⁴.

A despeito disso, o agente comunitário de saúde (ACS) é um importante protagonista, pois é visto pela comunidade como um profissional capaz de modificar cenários, transformar realidades, além de ser mediador de informações e/ou orientações de distintas áreas da saúde, em especial, as relativas às políticas públicas voltadas para a proteção social das pessoas e

comunidades. Assim, a partir do desenvolvimento do seu trabalho e da sua relação horizontal com a comunidade por meio do estabelecimento de vínculos, é possível resgatar potenciais humanos na comunidade para que estes sejam capazes de participar ativamente na promoção da sua própria saúde e, de forma específica, na busca do bem-estar físico, social e psíquico das crianças.

O acompanhamento da saúde da criança é uma estratégia fundamental e prioritária do trabalho do ACS¹⁵. Vimos nas narrativas acima, que o aleitamento materno foi uma ação que é muito executada pelo ACS. Assim, vigiar para que as mães amamentem exclusivamente o seu filho é uma tarefa que requer do ACS habilidades de convencimento, estabelecimento de vínculos e empatia relativas aos desconfortos, por vezes, verbalizado e sentidos pela mãe. O incentivo ao aleitamento materno exclusivo é uma ação que contribui na redução da morbimortalidade infantil, possibilitando, sobremaneira, resultando em grande impacto na saúde integral da criança¹⁵.

Dito isto, os primeiros anos de vida de uma criança são de fundamental importância, pois o que ocorre na primeira infância faz diferença por toda vida. Desde a gravidez até ao longo da primeira infância, todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com adultos e cuidadores, exercem grande impacto em seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social. E, ainda, a ciência vem sinalizando, a partir de estudos com evidência científica, o que devemos oferecer às crianças e o que devemos fazer para protegê-las, garantindo, assim, a promoção de seu desenvolvimento saudável⁵.

Os resultados também nos remetem a pensar sobre a qualidade das consultas de pré-natal, para além de apenas orientar as gestantes para irem à unidade de saúde realizar tais consultas. Uma vez orientadas da importância da realização das sete consultas de pré-natal, função intrínseca do ACS, de que forma essas consultas estão sendo operacionalizadas? O texto normativo nos alerta que

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco¹⁶. (p.8).

Dessa forma, cabe-nos lembrar que o profissional da saúde é responsável junto à família do cuidado e do desenvolvimento integral das crianças. Ter uma equipe multiprofissional é, sem dúvidas, importante para a garantia deste cuidado, mas não se torna um elemento isolado para a eficácia do cuidado na primeira infância. A qualidade da atenção, a humanização das relações, o cuidado domiciliar, o incremento de políticas públicas sociais e o desejo de cuidar bem das crianças, são prerrogativas de todos os cidadãos. Garantir dias melhores para que as crianças tenham a oportunidade de crescer de forma saudável, é um desafio apontado todos os dias para o poder público, os profissionais da saúde, famílias e comunidade.

Experiências como uma relação positiva entre pais e filhos, podem proteger as crianças acerca dos efeitos negativos de circunstâncias estressantes, tais como, uma vida economicamente difícil, melhorando, assim, o funcionamento executivo. Filhos de pais que utilizam métodos brandos de disciplina e que incentivam a autonomia de seus filhos tendem a ter melhores habilidades da função executiva e, conseqüentemente, uma melhor competência nos domínios social, emocional e escolar. Portanto, a eficiência das funções executivas prediz a saúde, a prosperidade econômica e um baixo número de atos criminosos posteriormente na vida¹⁷.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi inspirado na experiência de promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde, em especial, para mães e bebês. Para tanto, a formação dos ACS nesta área sempre será um desafio para os governos, bem como se faz necessário que ela seja garantida e

efetivada, uma vez que a formação de profissionais da saúde está prevista na Constituição Federal.

Dessa forma, como vimos nos relatos dos ACS, não vem sendo, sistematicamente, realizadas formações voltadas para o desenvolvimento infantil, ou seja, algo que poderia ser desenvolvido no tempo semanal disponibilizado para educação permanente desta categoria.

Com a ampliação das políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde, em especial, àquelas orientadas para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), surge a necessidade da formação para profissionais da saúde discutir processos de fomento para a construção de perfis diferenciados da prática hegemônica centrada na doença e no hospital, reflexos esses do modelo flexneriano de formação em saúde.

Desse modo, Ceccim e Feuerwerker¹⁸ nos alertam que a formação deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado, e não apenas, tomar como referência a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos.

Assim, a proposta político-pedagógica da educação permanente em saúde deve ser orientada como espaço que garanta que os processos formativos partam das reais necessidades dos serviços e das necessidades dos usuários e da comunidade. Como vimos, esta necessidade é sentida pelos ACS, no que tange ao cuidado e desenvolvimento da primeira infância. Contudo, faz-se necessária uma formação para ACS que fomente discussões sobre o desenvolvimento integral da primeira infância, ou seja, que eles sejam capazes de atuar a partir do aprimoramento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), voltadas para o desenvolvimento integral da criança de 0 a 3 anos.

Dessa forma, acredita-se que o processo pedagógico a ser desenvolvido para a formação desses profissionais da saúde, contribui na

articulação entre distintos saberes, técnicas e práticas educativas e que esses sejam voltados para uma educação construtivista e libertadora visando a desenvolver o homem (no caso o ACS) em todas as suas potencialidades, para assim contribuir para que haja um comprometimento na transformação social do cuidado e desenvolvimento das crianças.

Esse grupo de profissionais é formado por pessoas que possuem uma singularidade, um saber, uma prática, emoções, sentimentos e atitudes bem distintas, mesmo que façam parte do mesmo contexto físico e histórico. Na saúde, trabalhar a formação de profissionais numa perspectiva libertadora tendo como foco a ação-reflexão, ou seja, contribuir para que o sujeito seja mais consciente e acredite que é capaz de transformar uma realidade existente a partir de seu fazer, de suas potencialidades, singularidades e vontade, é um desafio que se aponta, cotidianamente, a gestores de sistemas e serviços de saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos remete a focar no diálogo de como o fazer do ACS pode estar voltado para a garantia de direitos políticos sociais que impulsionam a promoção, proteção e recuperação da saúde, no que tange ao cuidado e desenvolvimento da primeira infância.

Há a necessidade de se pensar uma formação voltada para o desenvolvimento de ações e estratégias relativas à primeira infância, ante a necessidade dos ACS de incorporarem novos elementos à sua prática e aos seus conceitos mais atuais, ampliando o olhar anteriormente mais centrado no modelo biomédico, avançando para uma abordagem construtivista, com orientação aos pais para focar mais em ações de interação, reforço de situações positivas, vínculo e valorização ao contato com a natureza, ao toque, a referência de palavras afetivas, durante o cuidado com seus filhos.

Admite-se a necessidade de disponibilizar tempos de educação permanente para que discutam o desenvolvimento infantil para o ACS, por

meio de modelos diferenciados de ensino-aprendizagem mais formativos que informativos. Não basta somente formar esses profissionais, mas garantir condições de trabalhos que possam propiciar o bem-estar e a qualidade no trabalho dessa categoria profissional.

Contribuições de cada autor

Arruda, CAME Machado, MMT participaram da concepção do objeto, da redação e da aprovação da versão final. Arruda, CAME Aquino, CM participaram da coleta dos dados. Arruda, CAM, Sousa, MS, Aquino, CM, Machado, MMT e França, TMS participaram da análise dos dados, da revisão crítica e da redação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2012.
2. Phuka J, Maleta K, Thomas M, Gladstone M. A job analysis of community health workers in the context of integrated nutrition and early child development. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2014;1308:183–191.
3. Arruda CAM, Moreira TMM, Machado MMT, Pessoa VM, Oliveira CJO. ACS ensina a gente a ter amor pela vida: percepções de usuários assistidos na Estratégia Saúde da Família no Ceará. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2010;34:935 - 950.
4. Naudeau S, Kataoka N, Valerio A, Neuman MJ, Elder LK. Como investir na primeira infância: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância. São Paulo: Singular; 2011.
5. Shonkoff JP. O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDV, Boivin M. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010.
6. Young ME. Tradução de Magda Lopes. Desenvolvimento da primeira infância da avaliação a ação: uma prioridade para o crescimento e a equidade. São Paulo: The World Bank and Fundação Maria Cecília Suoto Vidigal; 2010.

7. Almond D, Currie J. Human capital development before age five. NBER Workingpaper 15827; 2010.
8. Evans D, Kosec K. Educação Infantil: Programas para a Geração Mais Importante do Brasil. Washington, DC e Sao Paulo, Brasil: Banco Mundial e FMCSV; 2011.
9. Pope C, Mays N. (Orgs). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad de Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
11. Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M. J. M. Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário. São Paulo: Ed. Polis; 1987.
12. Geluda K, Bosi MLM, Trajman A. “Quando um não quer, dois não brigam”: relações de gênero e uso de contraceptivo masculino em adolescentes no município do Rio de Janeiro. Cad de Saúde Pública. 2006;20:1671-80.
13. Schleiermacher FDE. Hermenêutica: arte e técnica da interpretação. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco; 2003.
14. Teixeira RMV. Indicadores de saúde materno-infantil: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica. 2012. 69 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza; 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual técnico. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2005.
17. Morton JB. Estimulação cognitiva (funções executivas) – Síntese. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDV, Boivin M. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2013.
18. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1): 41-65.

Artigo

A importância da Espiritualidade e da Religiosidade na prática dos cuidados paliativos

The importance of Spirituality and Religiousness in the practice of palliative care

La importancia de la Espiritualidad y la Religiosidad en la Práctica de los cuidados paliativos

Ana Rita Rios de Almeida¹

Karine Evangelista Silva Bastos²

Thaissa Piedade Santos³

Paula Hayasi Pinho⁴.

Helena Moraes Cortes⁵

RESUMO

A dimensão espiritual parece ser relevante nos cuidados paliativos como forma de tornar o atendimento integral e humanístico ao indivíduo, privilegiando-se a saúde mental. O presente estudo objetivou, por meio de revisão narrativa da literatura, identificar a importância da espiritualidade e da religiosidade na saúde mental na prática dos cuidados paliativos. O método é um levantamento bibliográfico foi realizado entre junho e agosto de 2018 nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed e Lilacs, utilizando as seguintes palavras-chaves: cuidados paliativos, saúde mental, religião e espiritualidade. Os resultados foram agrupados em três categorias, a saber: o contexto histórico da espiritualidade e da religiosidade na relação com o campo da saúde; atuação da equipe de saúde nos cuidados paliativos com o paciente

¹ cybercomvc@hotmail.com

² karineesbastos@gmail.com

³ thaissasantos@gmail.com

⁴ paulahpinho@gmail.com

⁵ helena@ufrb.edu.br

considerando a espiritualidade e a religiosidade; perspectivas espirituais e religiosas frente ao paciente em estado terminal. Em conclusão considera-se que a espiritualidade e a religiosidade atreladas à saúde mental na prática de cuidados paliativos são fatores que influenciam no bem-estar, no conforto e na qualidade de vida do indivíduo.

Palavras-chave: saúde mental; espiritualidade; religião; cuidados paliativos.

ABSTRACT

The spiritual dimension seems to be relevant in palliative care as a way to make the service integral and humanistic to the individual, privileging mental health. The present study aimed, through a narrative review of the literature, to identify the importance of spirituality and religiosity in mental health in the practice of palliative care. The method is a bibliographic survey carried out between June and August 2018 in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed and Lilacs databases, using the following keywords: palliative care, mental health, religion and spirituality. The results were grouped into three categories, namely: the historical context of spirituality and religiosity in relation to the health field; performance of the health team in palliative care with the patient considering spirituality and religiosity; spiritual and religious perspectives towards the terminally ill patient. In conclusion, it is considered that spirituality and religiosity linked to mental health in the practice of palliative care are factors that influence the individual's well-being, comfort and quality of life.

Keywords: mental health; spirituality; religiosity; palliative care.

RESUMEN

La dimensión espiritual parece ser relevante en los cuidados paliativos como una forma de hacer que el servicio sea integral y humanista para el individuo, privilegiando la salud mental. El presente estudio tuvo como objetivo, a través de una revisión narrativa de la literatura, identificar la importancia de la espiritualidad y la religiosidad en la salud mental en la práctica de los cuidados paliativos. El método es una encuesta bibliográfica que se realizó entre junio y agosto de 2018 en las bases de datos de la Biblioteca Electrónica Científica en línea (SciELO), PubMed y Lilacs, utilizando las siguientes palabras clave: cuidados paliativos, salud mental, religión y espiritualidad. Los resultados se agruparon en tres categorías, a saber: el contexto histórico de espiritualidad y religiosidad en relación con el campo de la salud; desempeño del equipo de salud en cuidados paliativos con el paciente considerando espiritualidad y religiosidad; perspectivas espirituales y religiosas hacia el paciente terminal. En conclusión, se considera que la espiritualidad y la religiosidad vinculadas a

la salud mental en la práctica de los cuidados paliativos son factores que influyen en el bienestar, la comodidad y la calidad de vida del individuo.

Palabras clave: salud mental; espiritualidad; religiosidad; cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico associado ao desenvolvimento da terapêutica contribuiu para o aumento da expectativa de vida e para o envelhecimento da população, ocorrendo a prevalência de doenças crônicas e a longevidade dos portadores dessas enfermidades. Os pacientes em estados terminais acumulam-se nos leitos hospitalares recebendo assistência incompleta e focada na tentativa de cura, sendo utilizados métodos invasivos, exagerados e desnecessários, em muitos casos⁽¹⁾.

Os cuidados paliativos configuram-se com uma abordagem humanitária do cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1990 e, redefiniu em 2002, o cuidado paliativo como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados com doenças, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e do tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual¹.

Os conceitos de espiritualidade e religiosidade estão relacionados, porém não são sinônimos. A espiritualidade tem uma concepção conceitual mais ampla, sendo um sistema de crenças individuais sobre propósito e o significado da vida, que pode ou não envolver religiões específicas. Enquanto que, a religiosidade compreende um sistema de culto e doutrina específicos compartilhado por um determinado grupo².

A religiosidade e a espiritualidade se mantêm como dimensões importantes da vida dos sujeitos, visto que as práticas e as crenças religiosas dos pacientes influenciam o cuidado e a evolução dos problemas de saúde³. A

influência dessas duas dimensões sobre a saúde mental está relacionada com bem-estar psicológico e a integração biopsicossocial e espiritual do ser humano⁴.

A espiritualidade pode auxiliar no processo de busca de sentido da vida⁴ e a religiosidade pode ser um elemento importante no modo de construir, enfrentar e vivenciar o sofrimento mental⁵.

A dimensão espiritual parece ser relevante nos cuidados paliativos como forma de tornar o atendimento integral e humanístico ao indivíduo. Diante do exposto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: “qual a produção científica, de 2007 a 2017, sobre espiritualidade e religiosidade no contexto da prática de cuidados paliativos?”.

O presente estudo objetivou identificar a importância da espiritualidade e da religiosidade na saúde mental no contexto da prática dos cuidados paliativos. Assim sendo, uma análise de produções científicas que apresentem interfaces entre religião, cuidados paliativos e espiritualidade pode permitir uma compreensão mais ampliada do processo saúde doença de pessoas em estado terminal, bem como pode proporcionar elucidações para o cuidado integral nesses estágios do ciclo vital, privilegiando a saúde mental das mesmas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que permite obter o estado da arte de um determinado objeto de estudo⁶.

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), U. S. National Library of Medicine (PubMed) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), entre os meses de junho e agosto de 2018 utilizando-se as seguintes palavras-chave: cuidados paliativos, saúde mental, religião e espiritualidade. Esse processo envolveu atividades de busca, identificação, estudos e seleção dos estudos. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos publicados

de 2007 a 2017 que respondiam à questão norteadora, tratando-se de artigos originais, escritos no idioma português, inglês ou espanhol e em formato eletrônico disponível e de livre acesso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados em três categorias temáticas, as quais compreendem: 1. O contexto histórico da espiritualidade e da religiosidade na relação com o campo da saúde; 2. Atuação da equipe de saúde nos cuidados paliativos considerando a espiritualidade e a religiosidade; 3. Perspectivas espirituais e religiosas frente ao paciente em estado terminal.

1. O contexto histórico da espiritualidade e da religiosidade nas relações com o campo da saúde

As concepções de religiosidade e espiritualidade, ao longo da história, adquiriram concepções diferentes nos variados contextos socioculturais. Na antiguidade, os deuses faziam parte da construção da história e da existência humana, porém, como afirmam escritas da época, “os Deuses não se baseiam em noções inatas, mas em opiniões falsas. Daí a crença de que eles causam os maiores malefícios aos maus e os maiores benefícios aos bons”. *A priori*, essa concepção judaico-cristã era inexistente, ou seja, a crença em um deus com poderes de onipotência e onipresença, com a função de julgar e punir os seres humanos⁷.

No que tange às concepções da medicina relacionadas com as perspectivas religiosas, no final do século XIX, o termo racional se refere ao saber médico e, há evidência de que existia uma oposição entre o saber científico e o saber religioso. Assim, contrariava o que era proposto na medicina medieval, pois esta não se opunha ao tratamento religioso, ao contrário, estabelecia uma fusão de objetivos, onde a cura era promovida pelo

poder divino e a realização das práticas eram encaradas como ações de caridade⁸.

A transição entre a medicina entendida como caridade e, em consonância com as concepções religiosas para uma ciência pautada numa concepção biologicista, legitimou outras autoridades e também se configurou numa organização política com concepções opostas às práticas religiosas como cura. Parece ser a partir de então que emergiu o conflito entre o binômio ciência-religião⁹.

Numa retrospectiva histórica, há oposição de ideias na relação entre espiritualidade e o campo da saúde, principalmente no que tange à saúde mental. Por muitos anos, os hospitais foram mantidos por ordens religiosas, e num período significativo, os xamãs, que eram considerados um misto de sacerdote com psiquiatra, desenvolveram suas funções de maneira efetiva e não conflituosa. Porém, com o domínio do pensamento “intelectual”, o embate da medicina com a espiritualidade e a saúde mental tornou-se evidente. O autor ainda acrescenta que estudiosos, a partir do século XIX, passaram a disseminar a ideia de que a religião era um estado primitivo do pensamento, a qual comprometia o discernimento e levava a formação de um pensamento irracional associado a distúrbios psíquico-emocionais¹⁰.

No Brasil, a maior parte da população possui algum tipo de religião. Um estudo realizado em parceria com duas instituições de ensino superior - Universidade Federal de Juiz de Fora (UFMG) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - constatou que uma parcela significativa da população declarou uma relação ativa com a religião e, a mesma possuía bons indicadores como qualidade de vida, felicidade, afeto, melhor saúde física e mental¹¹.

Apesar da evidência de que o conflito entre religião e ciência tenha existido e ainda persista, torna-se relevante compreender esses dois campos de atuações humanas, não como antítese um do outro, mas precisa ser compreendido de uma forma dialógica e complementar, considerando-se, inclusive, que o nascimento de um é atrelado ao do outro¹².

No que se refere à qualidade de vida, esta possui um conceito multidimensional e bastante complexo, que relaciona os aspectos fisiopatológicos, ambientais, crenças pessoais e fatores socioeconômicos. A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Na fase de terminalidade, a avaliação da qualidade de vida é fundamental, visto que busca perpassar por todos esses contextos, e precisa auxiliar os profissionais do campo da saúde na implementação de cuidados, pautados, justamente, em tal perspectiva avaliativa¹³. No momento da terminalidade, a espiritualidade e a religiosidade contribuem de forma positiva reduzindo a ansiedade, a depressão, o estresse e o sofrimento psíquico, de maneira geral. Auxiliando, portanto, na melhoria da saúde mental do indivíduo enfermo.

Além disso, um estudo¹³ identificou que em alguns momentos, muitos pacientes em terminalidade, sendo assistidos com as práticas de cuidados paliativos procuraram a religião/espiritualidade como forma de encontrar esperança, fé na cura da doença e retorno à saúde em alguma dimensão que lhes fosse possível.

Concebe-se, pois, que as (des) conexões entre religião e ciência mudaram ao longo da história e envolveram uma inter-relação complexa de aspectos sociais e de relações de poder, como caso da medicina. De todo modo, mesmo ainda persistindo certa oposição entre elas, no meio médico a fusão das dimensões espiritual e religiosa com o processo saúde doença parece ser uma aliada potente no cuidado do indivíduo em situação de terminalidade.

2. Atuação da equipe de saúde nos cuidados paliativos considerando a espiritualidade e a religiosidade

A prática dos cuidados paliativos foi concebida, oficialmente no Reino Unido, em meados da década de 1960, e teve como pioneira a médica Cicely Saunders. Ela abarcou a assistência, a pesquisa e o ensino no movimento do cuidado paliativo, fundando o primeiro serviço a oferecer cuidado integral privilegiando os cuidados paliativos, o chamado St. Christopher's Hospice¹⁴.

Saunders caracterizou o sofrimento dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura como “dor total”, por considerá-lo multidimensional¹⁵.

Os cuidados paliativos fundamentam-se em princípios que objetivam a reafirmação da vida considerando a morte como um processo natural e, que os mesmos não têm como proposta a utilização de nenhum método que prolongue de forma desproporcional à vida, bem como estabelece meios para a abreviação da chegada da morte. Assim, essa estratégia leva a um processo integrador dos aspectos psicológicos e espirituais do cuidado, incluindo um suporte à família, tanto no enfrentamento da enfermidade do familiar, quanto na fase de luto posterior¹⁶.

Mesmo constatando a abrangência que envolvem os cuidados paliativos, nem sempre há um entendimento das práticas e dos ritos referentes à religiosidade e espiritualidade pela equipe de saúde dentro das unidades que prestam tal cuidado. O fato de tais necessidades fazerem parte do campo da subjetividade humana, questões relacionadas ao significado para vida, esperança, perdão, amor, transcendência, conexão com deus e com o sagrado, ainda parecem não ser consideradas prioritárias nos serviços de saúde¹⁶.

A maioria dos profissionais parece evitar o enfrentamento com a temática nas suas práticas de (des)cuidado, por considerar essa dimensão de difícil abordagem, medo de imprimir pontos de vista pessoal ou ainda por não considerar relevante para o tratamento do sujeito doente. Nesse contexto, o cuidado paliativo transcende questões puramente clínicas. Para além da melhoria de um conjunto de sinais e sintomas é necessário enxergá-lo como uma ferramenta que está diretamente ligada à qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos familiares¹⁷.

As pessoas e os familiares que passam por sofrimento físico, psicossocial e espiritual precisam de uma linha de cuidados que preconize a integralidade; e é nessa conjuntura que a atuação das equipes de saúde precisa atender as demandas que envolvem o acolhimento, a aceitação e o luto¹⁸.

Considerar a religiosidade e a espiritualidade na abordagem aos pacientes em condições de cronicidade, como a dor, ou em estágios avançados de uma enfermidade configura-se como uma estratégia potente de cuidado. Porém, nos Estados Unidos menos de um terço dos médicos questionam sobre religião ou espiritualidade às pessoas com sofrimento crônico e as necessidades espirituais acabam passando despercebidas. Um estudo realizado nos Estados Unidos, revelou que pessoas engajadas com práticas e/ou crenças religiosas ou espirituais exercem um estilo de vida que os colocam em situação de menor vulnerabilidade e, usam menos os serviços de saúde. Além disso, ao comparar alguma prática relacionada à espiritualidade/religiosidade com a saúde mental, quem as executa tende a ter melhores indicadores de saúde mental e de adaptação ao estresse em condições de adoecimento¹⁹.

Essa abordagem integral e com respeito à pessoa, contemplando o indivíduo de forma holística, mesmo este vivendo uma experiência que indique a proximidade com a morte, está contido nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade baseada na lei 8.080 de 1990 é definida como:

Um conjunto legal e institucional concebido como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização²⁰.

O cuidado paliativo estabelece que, pelo fato de um paciente em situação terminal não ter mais a dita possibilidade de cura, este não deve ser abordado como um ser que “não há mais o que fazer”. Há muito a ser feito no que diz

respeito à finitude humana - no controle dos sintomas, no estabelecimento do conforto, no manejo das dimensões psicossocial e espiritual - ações que enaltecem o compromisso ético na relação profissional de saúde/paciente e na consideração do adeus à vida²¹.

Desde o primeiro contato do sujeito com o serviço de saúde, é indispensável a importância de se realizar uma anamnese que investigue a história religiosa e espiritual do indivíduo, considerando as implicações que esses fatores têm na aceitação e enfrentamento das situações inerentes ao processo saúde-doença²².

Associado a isso, torna-se premente que os profissionais valorizem a singularidade do paciente terminal na prática do cuidado, sendo necessário conhecer o indivíduo com o qual está lidando, reconhecendo e respeitando “crenças, os valores, as práticas e os rituais de cada um, estando totalmente aberta a reformulação, revelação e experimentação”²³.

A abordagem da equipe interdisciplinar dentro de uma unidade de saúde com pacientes em condições de finitude deve ser coerente, independente da categoria profissional, e as demandas consideradas diferenciadas precisam ser resolvidas conjuntamente¹⁶.

O serviço social é uma categoria profissional que media as informações biográficas dos pacientes com os demais componentes da equipe, auxiliando assim, na construção do plano terapêutico, que precisa privilegiar a escuta não somente do indivíduo doente, mas todo o contexto familiar que o envolve¹⁶.

Os profissionais da área da psicologia atuam em todo o processo, tanto nas questões que envolvem o tratamento quanto na prevenção de ansiedades e sintomas depressivos diante da morte. Também atuam junto à família informando sobre o processo, fazendo-os falar sobre a enfermidade e ajudando a família a entender a importância da conspiração do silêncio que é o sigilo para o paciente sobre a sua própria finitude¹⁶.

Os profissionais que compõem a equipe de enfermagem – enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem – tem no cuidado a sua especificidade de

atuação, sendo realizado baseado em medidas que estabeleçam conforto em todas as dimensões que envolvem os pacientes em situações terminais. Esta é uma das categorias que mais interagem com o paciente e com a família pela habilidade de comunicação que é inerente ao processo de cuidado¹⁶.

Na medicina, os profissionais parecem apresentar uma certa dificuldade para o trabalho multidisciplinar em cuidados paliativos, visto que a formação médica, na maior parte das universidades é voltada para diagnóstico, tratamento e cura, quase que exclusivamente. Porém, ao atuar numa equipe com essas características, torna-se fundamental se adequar a proposta de comunicação com equipe–família–paciente e, elaborar um plano terapêutico mostrando-lhes benefícios e desvantagens de cada ação, tornando-se desta forma, um facilitador do trabalho em equipe¹⁶.

É necessário então uma abordagem humanitária e integral do cuidar para a saúde mental do sujeito em terminalidade. Assim, o cuidado paliativo, garante a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial dos pacientes e de seus familiares, a dimensão da espiritualidade precisa ser compreendida e internalizada por toda equipe multiprofissional, possibilitando a preservação da dignidade e a integridade da pessoa durante sua finitude.

3. Perspectivas espirituais e religiosas frente ao paciente em estado terminal

A religião faz parte da vida de 92% da população brasileira, segundo o censo do IBGE de 2010, sendo esta dividida em 64,6% de católicos, 22,2% de evangélicos, 2,0% de espíritas e 0,3% de religiões de matriz africana. As demais religiões, os ateus e os agnósticos representam o restante da população brasileira (IBGE, 2010)²⁴.

A diversidade religiosa do Brasil é decorrente das diversas culturas e etnias que aqui coexistem. Assim, dificilmente um paciente perpassa o processo do adoecimento e morte sem algum tipo de manifestação religiosa presente nos ritos da morte e do morrer. Ainda que não tenha uma doutrina

estabelecida, este paciente tende a aceitar algum objeto, amuleto ou oração pelo processo de vulnerabilidade vivenciada.

Muitas vezes, as peculiaridades dos desejos de ordem espiritual podem diferir e significar procedimentos muito distintos das rotinas hospitalares, o que leva a reflexões das condutas e decisões profissionais²⁵. Considerando os dados do IBGE 2010²⁴, abordaremos como as quatro religiões com maiores números de adeptos no Brasil lidam com o processo de terminalidade, a saber: o catolicismo, o protestantismo, o espiritismo e as religiões de matriz africana.

3.1 Catolicismo

A Igreja Católica não se opõe a manipulação do cadáver e aceita a doação de órgãos bem como a condição de morte encefálica, porém desaprova a eutanásia. Não há crença na reencarnação, embora exista a crença na ressurreição, que é a volta de todos os mortos, em carne e osso, no dia do chamado juízo final²⁵. Nos processos terminais, a Igreja Católica recomenda orações para o combate de sintomas físicos e ou psíquicos e ainda prescreve as bênçãos da saúde. Na hora da morte ou logo após, existe o ritual do sacramento da unção dos enfermos, ministrado por padres.

Em grupos católicos tradicionais são realizadas orações por familiares e amigos presentes do doente. Outros rituais ainda se mantêm, porém, mais regionalizados como, por exemplo, o costume de colocar uma vela na mão de quem está morrendo ou ainda, colocar quatro velas acesas, uma em cada canto do leito ou do quarto, dar um crucifixo para o morto segurar ao peito com as duas mãos; e lavar o corpo do morto logo após a morte²⁵.

3.2 Perspectivas evangélicas

Com a Reforma Protestante, no século XVI na Europa, houve uma diversidade de vertentes que, ao contrário do catolicismo, não foi capaz de unificá-las. Há o uso do termo “protestantismos”, pois há diferentes vertentes da Igreja Reformada tais como o luteranismo, o calvinismo, o metodismo, o que torna esse todo bastante complexo²⁶.

Porém, o modo como esses grupos encaram a morte se diferem para os neopentecostais, tanto simbolicamente, como na prática religiosa, não há rituais fúnebres específicos celebrados em seus templos. Um líder dessa vertente, ao ser questionado sobre como a morte era tratada pela igreja, respondeu que era encarada de forma natural, oferecendo apoio espiritual à família e consolando-a sobre a missão que o ente cumpriu na terra, partindo para um plano espiritual que seria muito melhor²⁶.

Na prática presbiteriana, a morte não é encarada com naturalidade, pois acreditam que fomos criados para viver eternamente. Relatam que a morte é o “salário do pecado”. Os cultos fúnebres dos integrantes ativos, são realizados em um dos salões das dependências da Igreja Presbiteriana e o ritual é coordenado pelo pastor. A morte é encarada com um ar dramático, com grau que varia de acordo com a idade, o sexo e se tem algum cargo dentro da igreja. Em casos de pacientes terminais, a igreja recomenda grupos de orações e jejuns para o alcance da cura do enfermo²⁶.

Um dos grupos que compõem especificidade dentro das vertentes evangélicas são as Testemunhas de Jeová. Nessa agremiação, o princípio religioso atua diretamente nas práticas de saúde, e a recusa veemente à transfusão sanguínea nem sempre é compreendida pelos profissionais de saúde. Deve-se considerar que tanto o Estado quanto o particular, não podem dificultar o exercício de qualquer crença religiosa, ao invés disso, deverão promover a proteção à liberdade humana e a responsabilização administrativa, civil e até criminal de quem discrimina por motivos de ordem religiosa²⁷.

3.3 Religiões de Matriz Africana

São assim denominadas as religiões afro-brasileiras, pois guardam ligação com a chegada ao Brasil dos africanos que foram escravizados. São bem populares em vários estados brasileiros, principalmente entre a população negra. Os rituais e cerimônias dessa religião adotam cerimônias em que algumas pessoas – chamadas de “cavalos de santo” – entram em transe espiritual e “recebem” entidades espirituais, as quais “se ocuparão” de seus

corpos, onde “cavalgarão” durante os rituais e cerimônias. Os adeptos dessas religiões são ligados à natureza e a seus fenômenos, e como a dinâmica humana influencia e é influenciada por esta inter-relação²⁵.

Assim, o principal aprendizado é saber invocar e manipular as energias que se encontram na natureza, incluindo-se os animais. O sacrifício ou a oferta de um animal é indicado para melhorar a saúde de um paciente, mesmo que na fase terminal, ainda que o doente não saiba que ele foi feito em sua intenção. Esse ritual reforça a crença de que o sangue é uma fonte de energias vitais que atuará na melhora e na cura do doente²⁵.

Mediante a dificuldade de sacrifícios com animais em ambientes hospitalares, geralmente os pacientes e familiares que professam essa crença são transferidos para a sua residência onde os rituais acontecem com as adequações religiosas necessárias. Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde procure sempre discernir “os dilemas surgidos na terminalidade, se seu repúdio é gerado pela compaixão com o outro – o animal –, ou porque seu modo de pensar arraigado e sua cultura estão sendo questionados”²⁵.

Em decorrência das diversas influências sofridas por questões culturais, religiosas e ou políticas, as religiões de matriz africanas podem divergir sobre as concepções e crenças referentes à morte. Parte dos adeptos crê na divisão entre céu e inferno e outra parte em reencarnação e carma. No entanto, ambas acreditam que a morte seria apenas uma parte do ciclo evolutivo e, após, a mesma alma carrega consigo alegrias, mágoas, dores e crenças para um mundo espiritual²⁸.

3.4 Espiritismo

Os espíritas veem a morte como uma transição, decorrente do esgotamento dos órgãos físicos. Assim, após a morte do corpo físico, a alma se encaminha à vida espiritual, sem sofrimento ao corpo e esse é um momento de poder reencontrar com amigos e parentes que já lhe antecederam ao túmulo. O espírito tem a possibilidade de voltar à existência corporal diversas vezes

através da reencarnação, como se fosse uma nova chance de depurar-se. Essa religião é favorável à morte natural, por considerar que a mesma ocorre num tempo que é certo²⁸.

O rito funerário dos espíritas é o enterro, mas ao mesmo tempo que são respeitosos com a autonomia e as crenças, visam atender os desejos do paciente e da família. Também pode ser feita a cremação, se for desejo do sujeito, e se este for o método adotado, só poderá ser realizado após três dias da constatação médica do óbito, por acreditar-se que a realização anterior a esse prazo, traria sofrimento ao espírito do morto que ainda estaria de certa forma preso ao corpo físico, e que este processo só é recomendado aos que tiveram uma passagem terrena considerada evoluída⁽²⁵⁾.

No espiritismo, não há oposições rígidas ao transplante de órgãos do morto, mas considera-se importante avaliar o tipo de morte e o estado emocional e psicológico da pessoa na hora da morte, bem como o desejo enquanto esteve vivo de ser um doador ou não pós morte. Os seguidores da doutrina espírita relatam que se um doador não estiver preparado para a retirada do órgão pode sentir a falta do mesmo no outro plano e contribuir, energeticamente, para a instalação de um processo de rejeição no organismo do receptor⁽²⁵⁾.

Observando as características de cada uma dessas religiões, todas estas prezam pelo bem-estar e saúde dos seus seguidores com o que a natureza e a ciência possam oferecer a fim de proporcionar o maior conforto possível durante a terminalidade.

Quando o tema “morte” é discutido pelas religiões trazidas à baila, cada uma delas possui uma forma de compreender o processo saúde-doença, a finitude e a morte, prescrevendo ritos e cerimônias típicas de cada uma delas.

As concepções religiosas sobre a morte e morrer parecem buscar fornecer certo entendimento sobre este fenômeno do ciclo vital, com o intuito de possibilitar maior conforto, tanto para o enfermo quanto para os seus familiares.

CONCLUSÕES

Considerando que o momento da finitude envolve questões tanto éticas advindas dos códigos profissionais, quanto ético-religiosas advindas do paciente e família, as condutas profissionais precisam visar oferecer ao paciente/família, apoio e medidas que estabeleçam conforto, além de exercitar a sensibilidade humana dentro da equipe de profissionais, numa atitude que reforce o não abandono nessa fase do ciclo vital.

Os cuidados paliativos e o respeito às crenças religiosas envolvem processos complexos de empatia, fazendo-se necessária a reflexão do compromisso profissional com o paciente e de suas necessidades no campo espiritual.

Ainda que a equipe de saúde não se debruce, teoricamente, nos detalhes ritualísticos de como cada religião se relaciona com a morte, é necessário um certo entendimento sobre como o paciente lida com sua espiritualidade, pois este quesito se constitui importante no enfrentamento da doença terminal e da morte, visto que as religiões, de alguma forma e em graus diferentes, estabelecem com seus adeptos modos de lidar com a terminalidade da vida humana.

Considera-se que a crença religiosa não pode se constituir como um fator que dificulte as condutas profissionais diante da finitude da vida, ao contrário, a dignidade humana é sempre preponderante e, no momento terminal, as condutas devem proporcionar alívio do sofrimento, porém mantendo o respeito à religiosidade de cada pessoa, caminhando, assim para a redução das dores, sejam físicas ou emocionais, neste momento.

O respeito mútuo entre equipe de saúde, família e paciente constitui a base para que as práticas de cuidados paliativos propiciem um ambiente que estabeleça a integralidade dos sujeitos até o momento pós morte; pois que o cuidado integral compreende aspectos que ultrapassam as questões físicas, clínicas e farmacológicas dos tratamentos em pacientes terminais e o quesito

espiritualidade/religiosidade está presente nas relações humanas e de saúde desde a ancestralidade.

Portanto, desconsiderá-los seria uma forma de fragmentação deste processo inevitável, não favorecendo a qualidade de vida nesta fase do ciclo vital. A espiritualidade e a religiosidade atreladas à saúde mental nas práticas de cuidados paliativos parecem apontar para fatores que influenciam no bem-estar, no conforto e na qualidade de vida dos sujeitos.

Dessa forma, é urgente que os espaços de saúde se organizem no atendimento das necessidades espirituais, atentando para não negligenciar esse processo de humanização do cuidar, preservando, assim, a dignidade e a integridade da pessoa em fase terminal de vida. Ignorar qualquer dimensão biopsicossocial/espiritual torna a abordagem ao paciente incompleta.

REFERÊNCIAS

1. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. 23-24. Disponível em: http://www.santacasasp.org.br/upsrv01/up_publicacoes/.
2. Saad DM, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*. 2001; 8(3):107-12. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010003>.
3. Moreira-Almeida A, Stroppa A. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? *Rev Debates Psiquiatr*. 2012; 2(6):34-41.
4. Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estud Psicol*. 2012; 17(3):469-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>.
5. Dalgalarrodo P. Estudos sobre religião e saúde mental no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34(1):25-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>.
6. Noronha DP, Ferreira SMSP. Revisões de literatura. In: Campello BSVC, Cendón BV, Kremer JM (Org.). *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: UFMG; 2000.

7. Dalgalarrodo P. *Religião, psicopatologia e Saúde Mental*. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2008.
8. Borgongino BU. A historiografia sobre a medicina na Primeira Idade Média: um balanço. *Brathair*, 2015; 15(2):66-82. Disponível em: <http://ppg.revistas.uema.br/index.php/brathair/article/view/1079>.
9. Harrison P. *Ciência e Religião: construindo os limites*. *Rev Est Relig*. 2007; 1-33. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv1_2007/p_harrison.pdf.
10. Moreira-Almeida A. Mitos históricos sobre a relação entre a ciência e religião. *Rev Psiquiatr Clin*. 2009; 36(6):252-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n6/v36n6a08.pdf>.
11. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultado de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 2010; 37(1):12-5. doi: <http://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>.
12. Silva LCKG. *Religião e Ciência: Algumas Perspectivas históricas*. Rio de Janeiro, Brasil: Porto editora; 2017.
13. Meneguim S, Matos TDS, Ferreira MLSM. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(4):1998-2004. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>.
14. Gomes AL, Othero MB. Cuidados paliativos. *Est Av*. 2016; 30(88):155-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>.
15. Pereira F, Santos C. Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde*. 2011; 4(2):37-45. Disponível em: <http://www.cadernosdesaude.org/files/2011-CS4.2%284%29.pdf>.
16. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2577-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.
17. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciências, saúde e espiritualidade. *Ciênc Cult*. 2016; 68(1):54-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-6660216000100016>.

18. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52:e03312. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>.
19. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34:82-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>.
20. Pinheiro R. Integralidade em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(3):553-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200008>.
21. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 3 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Edições Loyola; 2006.
22. Cervelin AF, Kruse MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):136-142. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>.
23. Campbell M. Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem. Porto Alegre, Brasil: Mgraw Hill Artmed; 2011.
24. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000/2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
25. Salles AA. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. **Rev Bioética**. 2014; 22(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223021>.
26. Pinezi M, Keila A. O sentido da morte para protestantes e neopentecostais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2009; 19(43):199-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200008>.
27. Valente ICR. Os enfermeiros dos Hospitais Centrais perante o doente terminal. Portugal. Dissertação [mestrado] – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2011.
28. Xavier MS, Miziara CSMG, Miziara ID. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. **Saúde Ética & Justiça**. 2014; 19(1):26-34. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v19i1p26-34>

Artigo

Incidentes no transporte intra-hospitalar de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva

Incidents for the intrahospital transport of patients admitted to the intensive care unit

Incidentes en el transporte intrahospitalario de pacientes internos en una unidad de cuidados

Sandra Omizzollo¹

Cláudia Kist Fortin²

Cristiane Aparecida Souza Saraiva³

Luiz Felipe Frohlich⁴

Raquel Evans da Silva⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar os incidentes no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos. Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo, observacional descritivo, quantitativo, cuja coleta de dados ocorreu através de um roteiro estruturado entre julho e outubro de 2019 em uma Unidade Intensiva de um hospital da Região do Vale dos Sinos/RS. Resultados: Foram observados 54 transportes predominantemente de baixo risco (44,4%) e destinados a transferência interna (48,1%). O principal desfecho foi a alta hospitalar (77,8%). A classe de enfermagem foi a que esteve mais presente nos transportes. A monitoração dos sinais vitais foi empregada em menos da metade dos transportes realizados (40,7%). Verificou-se que os dispositivos e equipamentos estavam diretamente relacionados à classificação de risco para o transporte intra-hospitalar, exceto a bomba de infusão contínua, que se fez presente na maioria.

1 sandra_omizzollo@hotmail.com

2 claukist@gmail.com

3 crisaraiva@feevale.br

4 luizfelipe@feevale.br

5 racquelevans@hotmail.com

Foram detectados 21 (38,9%) incidentes na fase de transferência, sendo prevalentes as falhas de equipe e de equipamentos. A duração do transporte

intra-hospitalar apresentou correlação significativa com ocorrência de incidentes ($r=-0,454$; $p=0,001$), enquanto que os tempos de Unidade de Terapia Intensiva ($r=0,200$; $p=0,146$) e de hospitalização ($r=0,084$; $p=0,546$), assim como o desfecho ($r=0,030$; $p=0,827$) não apresentaram. Conclusões: Conclui-se que a segurança no transporte ainda é um desafio, logo a decisão em transportar deve ser baseada na avaliação clínica do risco-benefício, capacitação da equipe multidisciplinar e padronização de práticas.

Palavras-chave: Transporte de pacientes; Unidades de Terapia Intensiva; Fisioterapia

ABSTRACT:

Aims: To identify incidents to the intra-hospital transportation of critically ill patients. **Methods:** This is a prospective, observational, descriptive and quantitative study, whose data collection took place through a structured script between July and October 2019 in an Intensive Care Unit of a hospital in the Vale dos Sinos Region/RS. **Results:** There were 54 predominantly low-risk transportation (44.4%) and destined for internal transfer (48.1%). The main outcome was hospital discharge (77.8%). The nursing class was the one that was most present in transportation. Monitoring of vital signs was used in less than half of the transportation performed (40.7%). It was found that the devices and equipment were directly related to the risk classification for intra-hospital transportation, except for the continuous infusion pump, which was present in most. Twenty-one (38.9%) incidents were detected in the transfer phase, with team and equipment failures prevalent. The duration of in-hospital transportation showed a significant correlation with the occurrence of incidents ($r=-0.454$; $p=0.001$), while the intensive care unit ($r=0.200$; $p=0.146$) and hospitalization times ($r=0.084$; $p=0.546$), as well as the outcome ($r=0.030$; $p=0.827$) did not present. **Conclusions:** It is concluded that transportation safety is still a challenge, so the decision to transportation should be based on clinical risk-benefit assessment, multidisciplinary team training and standardization of practices.

Keywords: Transportation of Patients; Intensive Care Units; Physical Therapy Specialty

RESUMEN:

Objetivo: Identificar incidentes en el transporte hospitalario de pacientes críticos. **Métodos:** Este es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, cuantitativo, cuya recolección de datos ocurrió a través de un guión estructurado entre julio y octubre de 2019 en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de la Región Vale dos Sinos/RS. **Resultados:** Se observaron 54 transportes predominantemente de bajo riesgo (44,4%) y

destinados al traslado interno (48,1%). El desenlace principal fue el alta hospitalaria (77,8%). La clase de enfermería fue la más presente en el transporte. La monitorización de constantes vitales se utilizó en menos de la mitad de los transportes realizados (40,7%). Se constató que los dispositivos y equipos estaban directamente relacionados con la clasificación de riesgo para el transporte intrahospitalario, excepto la bomba de infusión continua, que estuvo presente en la mayoría. En la fase de transferencia se detectaron 21 (38,9%) incidencias, siendo predominantes las averías del personal y de los equipos. La duración del transporte intrahospitalario mostró una correlación significativa con la ocurrencia de incidentes ($r=0,454$; $p=0,001$), mientras que el tiempo de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos ($r=0,200$; $p=0,146$) y la hospitalización ($r=0,084$; $p=0,546$), así como el desenlace ($r=0,030$; $p=0,827$) no presentó. Conclusiones: Se concluye que la seguridad del transporte sigue siendo un desafío, por lo que la decisión de transporte debe basarse en una evaluación clínica de riesgo-beneficio, capacitación del equipo multidisciplinario y estandarización de prácticas.

Palabras clave: Transporte de Pacientes; Unidades de Cuidados Intensivos; Fisioterapia

INTRODUÇÃO

O Transporte Intra-hospitalar (TIH) consiste na transferência temporária ou definitiva de pacientes, realizada por profissionais de saúde, para fins diagnósticos, terapêuticos ou transferência interna dentro do ambiente hospitalar¹⁻⁶. A segurança do paciente compreende a redução de riscos e danos evitáveis durante o processo de cuidados à saúde com o objetivo de evitar incapacidades, prolongamento do tempo de permanência hospitalar e aumento da morbimortalidade⁷⁻⁸.

A remoção de pacientes de um ambiente seguro como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a realização de um TIH está associada à ocorrência de 4,2 a 70% de complicações⁹⁻¹¹. Essa disparidade na incidência de complicações deve ser levada em conta pela equipe multidisciplinar visto que, a tomada de decisão baseada na avaliação e na ponderação entre os benefícios e riscos potenciais de um transporte a ser realizado, seja pela indisponibilidade de recursos à beira do leito e/ou seja pela necessidade de um nível de assistência superior, implica na evolução clínica do paciente^{8,9,12}.

Sabe-se que o TIH apresenta riscos e complicações indesejáveis ao paciente no que concerne à ocorrência de incidentes, estando relacionadas à condição do paciente, limitação quanto ao tempo de transporte, número de pessoas envolvidas e sua própria logística^{6,12}. Os profissionais da saúde envolvidos no transporte do paciente crítico ou em falência orgânica, devem estar capacitados para realizá-lo de forma segura e efetiva, a fim de manter as funções vitais do indivíduo¹³.

A presença de profissionais no TIH pode variar de acordo com a gravidade do paciente no momento do transporte. O Fisioterapeuta é membro integrante da equipe multidisciplinar responsável pelo transporte do paciente de alto risco em UTI, compete a ele o ajuste do ventilador mecânico de transporte; acompanhamento do paciente até o setor ou serviço de destino, oferta de suporte ventilatório adequado; identificação de intercorrências associadas à função ventilatória e registro em prontuário^{4,14,15}.

O incidente é um evento que poderia ter resultado ou que resultou em dano desnecessário ao paciente; é uma complicação proveniente dos cuidados à saúde^{7,12,16}. O espaço diminuto que limita o acesso ao próprio doente, a sua instabilidade hemodinâmica, o ruído e a trepidação, que diminuem a capacidade de ouvir os alarmes dos equipamentos, são alguns dos fatores que contribuem para o agravamento do quadro clínico e o aumento dos riscos durante o seu transporte¹⁶. Nesse contexto, o estudo se foca sobre a identificação dos incidentes no TIH de pacientes críticos, compreendendo a classificação e o destino de TIH prevalentes, os desfechos, a descrição dos profissionais que compõem a equipe para o TIH e sua relação de dependência com a classificação de risco para TIH e ocorrência de incidentes, a monitoração e dispositivos utilizados de acordo com a classificação de risco do TIH, a frequência e os fatores de risco para incidentes durante o TIH e as consequências desses, assim como a ocorrência de incidentes de acordo com a duração do TIH, tempo de UTI, tempo de hospitalização e o desfecho.

MÉTODOS

Estudo prospectivo, observacional descritivo, de abordagem quantitativa conduzido em uma UTI Adulto de um Hospital Público da Região do Vale dos Sinos – RS entre julho e outubro de 2019. A amostra foi não probabilística por conveniência, composta por pacientes internados na UTI e que necessitaram de TIH durante o desenvolvimento do estudo. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos e permanência na UTI por menos de 24 horas. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE – 87870318.9.0000.5348).

As fontes dos dados foram obtidas através de anotações feitas em tempo real por um único pesquisador e por intermédio de registros nos prontuários dos pacientes, sendo avaliados dados sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e dados referentes ao preparo, transferência e chegada/retorno do paciente.

O tempo total de transporte foi contabilizado desde a fase pré-transporte, ou seja, antes de iniciar o preparo do paciente, até o pós-transporte, a qual foi considerada como o momento após a chegada ou retorno do paciente à unidade e o seu monitoramento¹⁷. Além disso, foram observados os parâmetros respiratórios imediato e entre 30 minutos a uma hora após o final do transporte^{4,18,19}. Os incidentes foram considerados eventos, esperados ou não, que influenciassem na estabilidade dos pacientes, sendo divididos em falhas de equipe; falhas no equipamento e alterações fisiológicas inerentes ao paciente^{2,10,17,20}.

As análises dos dados foram efetuadas no programa no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0. Foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (distribuição de frequência), correlação não paramétrica de *Spearman* (r) para avaliar a ocorrência de incidentes conforme os dados de tempo e desfecho e o teste Qui-quadrado (χ^2) para avaliar a dependência entre variáveis, sendo $p < 0,05$ significativo. Aliada a este último, foi utilizada a análise de proporção 2x2 através da ferramenta de

correção de *Bonferroni*, que altera o nível de significância (p), com a finalidade de evitar erros derivados de múltiplas comparações.

RESULTADOS

Foram acompanhados 54 TIH de pacientes críticos, destes 34 (63%) eram do sexo masculino, com média de idade de $58,96 \pm 14,20$ anos, com 24 (44,4%) internações decorrentes de causas cardiológicas, 15 (27,8%) neurológicas, 7 (13%) por complicações respiratórias, 5 (9,3%) por abdome agudo obstrutivo e 3 (5,6%) por outras causas (traumatismo raquimedular, politraumatismo e síndrome da imunodeficiência humana adquirida).

Destaca-se que 42 (77,8%) pacientes estavam em ventilação espontânea, destes 24 (44,4%) estavam em ar ambiente, 1 (1,9%) com cateter nasal, 15 (27,8%) com óculos nasal, 1 (1,9%) com máscara venturi e 1 (1,9%) utilizando traqueostomia metálica com cateter nasal, já os pacientes que estavam em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), 12 (22,2%) utilizavam o Tubo Endotraqueal (TET) como dispositivo ventilatório.

Na fase pré-transporte, constatou-se que todos os pacientes tiveram a confirmação do local de destino, comunicação de seus dados e condição clínica, verificação da integridade e fixação dos dispositivos e equipamentos. Dos 54 pacientes, 24 (44,4%) foram classificados como baixo risco para TIH, 26 (48,1%) destinaram-se a transferência interna e 42 (77,8%) obtiveram a alta hospitalar como desfecho. O tempo médio de duração do transporte foi de 23,76 minutos. A caracterização global do TIH está descrita na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização do TIH de pacientes internados em uma UTI Adulto de um Hospital Público da Região do Vale dos Sinos – RS entre julho e outubro de 2019 (n = 54)

	n (%)
--	-------

CLASSIFICAÇÃO TIH

Baixo risco	24 (44,4)
Médio risco	18 (33,3)
Alto risco	12 (22,2)

DESTINO TIH

Intervenção	5 (9,3)
Cirurgia cardíaca	2(40)
Traqueostomia	3(60)
Diagnóstico	23 (42,6)
TC Crânio	15 (65,2)
TC tórax S/C	3 (13)
TC tórax C/C	1 (4,3)
Raio-X tórax	2 (8,7)
Ultrassonografia doppler	1 (4,3)
TC abdome/pelve C/C	1 (4,3)
Transferência Interna	26 (48,1)
INCIDENTES TIH	
Nenhum	33 (61,1)
Com dano	5 (9,3)
Sem dano	12 (22,2)
Com e sem dano	4 (7,4)
DESFECHO	
Alta hospitalar	42 (77,8)

Alta UTI	1 (1,9)
Óbito	11 (20,4)

TIH: Transporte Intra-hospitalar; **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva; **TC:** Tomografia Computadorizada; **S/C:** Sem contraste; **C/C:** Com contraste

Quanto ao uso de medicações, verificou-se que 6 (11,1%) pacientes necessitavam de drogas vasoativas, 3 (3,5%) de analgésicos opióides e 2 (3,7%) de sedativos. No deslocamento, 6 (11,1%) pacientes necessitaram de sedação. Referente a análise da perfusão, no percurso de ida e retorno/chegada, 48 (88,9%) pacientes apresentaram perfusão adequada. Na chegada, não foi verificada a integridade e fixação de acesso em apenas 1 (1,9%) paciente, o qual evoluiu com necessidade de intervenção por deslocamento do acesso no percurso.

Participaram do TIH 82 técnicos de enfermagem que estiveram presentes em 51 (94,4%) transportes, 18 de enfermeiros em 17 (31,5%) transportes, nove médicos em 9 (16,7%) transportes, 14 fisioterapeutas em 13 (24,1%) transportes, cinco residentes de medicina em 5 (9,3%) transportes e 10 acadêmicos de enfermagem em 7 (13%) transportes. Através da análise com o teste χ^2 , verificou-se que a presença do técnico e acadêmico de enfermagem não dependiam da classificação de risco para o TIH, no entanto os outros profissionais sim. O fisioterapeuta e o acadêmico de enfermagem estiveram presentes principalmente nos TIH de alto risco (66,7% e 33,3%), seguido pelo de baixo risco (16,7% e 8,3%), enquanto que o enfermeiro e o médico, também estiveram presentes principalmente nos TIH de alto risco (83,3% e 58,3%) seguido pelos de médio risco (27,8% e 11,1%, respectivamente). O residente de medicina esteve presente em cinco TIH e acompanhou somente os TIH de alto risco (41,7%).

Nos TIH em que houve incidentes, nota-se que a presença do técnico de enfermagem, médico e fisioterapeuta não interferem na ocorrência destes, ou seja, não há relação de dependência. O enfermeiro ($p=0,010$), o acadêmico de enfermagem ($p=0,023$) e o residente de medicina ($p=0,039$) foram os profissionais que possuíam relação de dependência com a ocorrência de incidentes, sendo os dois primeiros profissionais associados em sua maioria a incidentes sem danos e o último com danos. Dos 24 (44,4%) TIH com baixo risco e 12 (22,2%) com incidentes sem danos, verificou-se que o técnico de enfermagem esteve presente em todos (100%) os transportes (Tabela 2).

Tabela 2 – Presença de profissionais de acordo com a classificação de risco para o TIH e ocorrência de incidentes em uma UTI Adulto de um Hospital Público da Região do Vale dos Sinos – RS entre julho e outubro de 2019 (n = 54)

	Baix o	Médi o	Alto	p-valo r	χ^2	Co m dan o	Sem dano	Co m e sem dan o	p-val or	χ^2
	n (%)	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)	n (%)		
Técnico de enfermagem	24 (100)	16 (88,9)	11 (91,7)	0,266 *0,228	2,647	4 (80)	12 (100)	3 (75)	0,113 *0,102	5,978
Enfermeiro	2 (8,3)	5 (27,8)	10 (83,3)	<0,001 *<0,001	21,03 3	3 (60)	6 (50)	3 (75)	0,010 *0,006	11,38 5
Médico	0 (0)	2 (11,1)	7 (58,3)	<0,001 *<0,001	20,20 0	1 (20)	2 (16,7)	2 (50)	0,292 *0,224	3,731

Fisioterapeuta	4 (16,7)	1 (5,6)	8 (66,7)	<0,001 *<0,00 1	16,00 8	1 (20)	3 (25)	1 (25)	0,997 *1,00 0	0,053
Residente de medicina	0 (0)	0 (0)	5 (41,7)	<0,001 *<0,00 1	19,28 6	2 (40)	1 (8,3)	1 (25)	0,039 *0,03 0	8,339
Acadêmico de enfermagem	2 (8,3)	1 (5,6)	4 (33,3)	0,057 *0,098	5,745	1 (20)	3 (25)	2 (50)	0,023 *0,01 1	9,509

TIH: Transporte Intra-hospitalar; **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

* p-valor com correção de *Bonferroni*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

Em relação ao uso de dispositivos e equipamentos foi observado que 36 (66,7%) pacientes utilizaram Bomba de Infusão Contínua (BIC), 12 (22,2%) reanimador manual com fluxômetro e extensão de silicone, 8 (14,8%) ventilador de transporte, 28 (51,9%) cilindro de Oxigênio (O₂), 10 (18,5%) malas de transporte e 12 (22,2%) não necessitaram de nenhum dispositivo. Quanto à monitoração dos sinais vitais no deslocamento, 32 (59,3%) não utilizaram nenhum equipamento, enquanto que 22 (40,7%) utilizaram o oxímetro portátil. Conforme a classificação de risco para o TIH, verificou-se que o uso da BIC não se mostrou dependente. Porém, evidenciou-se que o uso do reanimador manual com fluxômetro e extensão de silicone, ventilador de transporte, cilindro de O₂ e maleta de transporte estavam diretamente relacionadas à classificação de risco para o TIH. Dos 24 (44,4%) transportes de baixo risco, 13 (54,2%) utilizaram a BIC enquanto que dos 12 (22,2%) transportes de alto risco, 8 (66,7%) necessitaram do ventilador e da maleta de transporte. Além disso, a maioria dos pacientes de alto risco para TIH (91,7%) foram transportados com monitoração (Tabela 3).

Tabela 3 – Uso de equipamentos e monitoração de acordo com a classificação de risco para o TIH em uma UTI Adulto de um Hospital Público da Região do Vale dos Sinos – RS entre julho e outubro de 2019 (n = 54)

	Baixo	Médio	Alto	p-valor	χ^2
	n (%)	n (%)	n (%)	r	
Equipamentos					
Bomba de Infusão Contínua	13 (54,2)	12 (66,7)	11 (91,7)	0,080 *0,085	5,063
Reanimador manual com fluxômetro e extensão de silicone	0 (0)	1 (5,6)	11 (91,7)	<0,001 *<0,00 1	43,232
Ventilador de transporte	0 (0)	0 (0)	8 (66,7)	<0,001 *<0,00 1	32,870
Cilindro de oxigênio	0 (0)	16 (88,9)	12 (100)	<0,001 *<0,00 1	46,879
Maleta de transporte	0 (0)	2 (11,1)	8 (66,7)	<0,001 *<0,00 1	24,545
Nenhum	11 (45,8)	1 (5,6)	0 (0)	0,001 *<0,00 1	14,063

Monitoração

Oxímetro	4 (16,7)	7 (38,9)	11 (91,7)	<0,001	18,678
				*<0,00	
					1

TIH: Transporte Intra-hospitalar; **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

* p-valor com correção de *Bonferroni*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

Foram detectados 21 (38,9%) incidentes na fase de transferência do TIH, os quais foram classificados em três grupos de causas e subsequente estratificados. Após análise da amostra, notou-se que alguns pacientes apresentaram mais que um incidente por grupo, visto que foram encontradas 28 ocorrências, sendo 9 (32,1%) por falha de equipamento, 12 (42,9%) por falha da equipe e 7 (25%) por alterações fisiológicas, todas variáveis dependentes do tipo de incidente ($p < 0,001$). Os incidentes com dano, também denominados eventos adversos, atingem e resultam algum dano ao paciente. A partir da tabela 4, pode-se visualizar que, dos 5 (9,3%) incidentes que acarretaram em algum dano ao paciente, houve 3 (60%) ocorrências por falhas em equipamentos, 2 (40%) decorrentes de falha de equipe e 3 (9,3%) alterações fisiológicas. Além disso, o dano provocado aos pacientes durante a fase de transferência do TIH não foi dependente das variáveis acesso intravenoso, sondas, cateteres e drenos, via aérea, equipamentos de infusão e monitoração e falta de comunicação do profissional.

Ressalta-se, que dentre as falhas de equipe, o conhecimento do profissional interferiu sobre a ocorrência de incidentes com e sem danos em um mesmo indivíduo, somando 3 (75%), dos quatro incidentes observados. Além disso, dos 5 (9,3%) pacientes que sofreram danos, quanto à ocorrência ou não de tosse e diminuição de Saturação de Oxigênio (SpO_2), foi encontrado que 2 (40%) pacientes apresentaram. Quanto aos incidentes que necessitaram de intervenção se nota que houve uma relação de dependência de acordo com o dano provocado ($p = 0,001$). A ocorrência de incidentes conforme seus grupos e

estratificações e necessidade de intervenção de acordo com dano provocado durante a fase de transferência do TIH estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 – Ocorrência de incidentes e necessidade de intervenção de acordo com dano provocado durante a fase de transferência do TIH em uma UTI Adulto de um Hospital Público da Região do Vale dos Sinos – RS entre julho e outubro de 2019 (n = 54)

	Com dano	Sem dano	Com e sem dano	p-valor	χ^2
	n (%)	n (%)	n (%)	r	
Falha equipamento	3 (60)	5 (41,7)	1 (25)	<0,001	18,960
				*<0,001	
				1	
Meio de transporte e acesso (n=5)	1 (20)	4 (33,3)	0 (0)	0,005	12,740
				*0,007	
Acesso intravenoso, sondas, cateteres e drenos (n=3)	1 (20)	1 (8,3)	1 (25)	0,072	6,988
				*0,038	
Via aérea (n=2)	1 (20)	0 (0)	1 (25)	0,014	10,540
				*0,025	
Equipamentos de infusão e monitoração (n=2)	1 (20)	1 (8,3)	0 (0)	0,118	5,867
				*0,101	
Falha equipe	2 (40)	7 (58,3)	3 (75)	<0,001	25,843
				*<0,001	
				1	
Falta de conhecimento do profissional (n= 9)	1 (20)	5 (41,7)	3 (75)	<0,001	21,840
				*<0,001	
				1	
Falta de comunicação do profissional (n=3)	1 (20)	2 (16,7)	0 (0)	0,072	6,988
				*0,075	

Alterações fisiológicas	3 (60)	0 (0)	4 (100)	<0,001	43,364
				*<0,00	
				1	
Diminuição da SpO ₂ (n=4)	2 (40)	0 (0)	2 (50)	<0,001	21,924
				*<0,00	
				1	
Tosse excessiva (n=2)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	<0,001	20,354
				*<0,01	
				1	
Alteração do nível de consciência (n=3)	1 (20)	0 (0)	2 (50)	<0,001	19,694
				*<0,00	
				2	
Varição de frequência cardíaca (n=1)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	0,005	12,736
				*0,074	
Necessidade intervenção (n=7)	3 (60)	3 (25)	1 (25)	<0,001	16,774
				*<0,00	
				1	

TIH: Transporte Intra-hospitalar; **UTI:** Unidade de Terapia Intensiva; **SpO₂:** Saturação de Oxigênio

* p-valor com correção de *Bonferroni*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

No presente trabalho foi verificado que a alteração na SpO₂ não depende do tipo de ventilação do paciente ($\chi^2=7,247$; $p=0,203$), da utilização de sedação ($\chi^2=0,309a$; $p=0,578$), da alteração na perfusão de ida e retorno/chegada ($\chi^2=2,483$; $p=0,115$) ou da alteração no suporte ventilatório imediato e entre 30 minutos e uma hora de transporte ($\chi^2=7,757$; $p=0,458$). Dos pacientes que apresentaram diminuição na SpO₂, 3 (12,5%) foram pacientes que não necessitavam de auxílio de O₂ complementar, 2 (13,3%) utilizavam óculos nasal, 1 (8,3%) TET e 1 (100%) cânula de traqueostomia com cateter

nasal. Verificou-se que em 2 (3,7%) pacientes que necessitaram de sedação não houve alteração na SpO₂, porém 7 (13,5%) dos 52 (96,3%) que não foram sedados apresentaram. Foi observado também que, dos 6 (11,1%) pacientes que apresentaram alteração da perfusão na ida e no retorno/chegada, apenas 2 (28,6%) mostraram-se relacionados com a queda de saturação. Quanto a necessidade de alteração no suporte ventilatório imediato e entre 30 minutos e uma hora de transporte, 6 (85,7%) dos 46 pacientes apresentaram alteração da SpO₂ não necessitaram de mudança no suporte ventilatório, enquanto que 1 (100%) necessitou de aumento imediato e posterior diminuição após 30 minutos. Esses resultados podem ser justificados visto que a maioria da população se encontrava em ar ambiente e pelo fato de os pacientes submetidos à intervenção serem avaliados na sala de intervenção, quando cirurgia cardíaca e no retorno a UTI, quando traqueostomia.

No que concerne a alteração de suporte ventilatório de acordo com a classificação de risco para o TIH, observou-se que houve dependência entre as variáveis tanto no imediato ($\chi^2=6,353$; $p=0,042$), quanto em 30 minutos ($\chi^2=14,173$; $p=0,028$) no entanto, não houve dependência em uma hora ($\chi^2=8,805$; $p=0,185$) pós-transporte. Houve necessidade de alteração do suporte ventilatório imediato em 3 (16,7%) dos 18 (33,3%) pacientes de médio risco. Após 30 minutos de transporte se verificou que 1 (4,2%) paciente de baixo risco iniciou suporte ventilatório, 1 (5,6%) de médio risco apresentou diminuição do O₂ e 3 (25%) de alto risco, necessitam de ajuste em parâmetros ventilatórios. Enquanto que, após uma hora de transporte, 1 (4,2%) paciente de baixo risco iniciou suporte ventilatório, 2 (11,1%) de médio risco diminuíram e 1 (8,3%) de alto risco necessitou de ajustes nos parâmetros do ventilador mecânico.

No presente trabalho foi verificado que a alteração no nível de consciência é dependente da utilização de sedação ($\chi^2=45,321$; $p<0,001$) e do destino do TIH ($\chi^2=23,788$; $p<0,001$). No destino do TIH, 4 (57,1%) pacientes submetidos à intervenção apresentaram alteração no nível de consciência,

enquanto 3 (42,9%) ocorreram no TIH para exames diagnósticos. Esses resultados podem ser justificados pela utilização de sedação no TIH, visto que dos 7 (13%) pacientes que apresentaram alteração no nível de consciência, 6 (85,7%) iniciaram sedação na fase de transferência. No que condiz a ocorrência de incidentes ($\chi^2=1,425$; $p=0,700$) e classificação do TIH ($\chi^2=5,745$; $p=0,057$) não se verificou dependência entre as variáveis. Dos pacientes que apresentaram alteração do nível de consciência 4 (57,1%) não sofreram incidentes, 2 (28,6%) sofreram incidentes sem danos e 1 (14,3%) sofreu ambos incidentes. Já em relação à classificação de risco para o TIH, verificou-se que 2 (28,6%) se classificavam como baixo risco, 1 (14,3%) médio risco e 4 (57,1%) alto risco.

Os pacientes que foram submetidos ao TIH, permaneceram internados em média $11,74 \pm 11$ dias na UTI e $24,78 \pm 19$ dias no hospital. No que se refere a ocorrência de incidentes, foi encontrado que a duração do TIH ($r=-0,454$; $p=0,001$) apresentou correlação significativa, enquanto que os tempos de UTI ($r=0,200$; $p=0,146$) e de hospitalização ($r=0,084$; $p=0,546$), assim como o desfecho ($r=0,030$; $p=0,827$) não apresentaram uma correlação significativa.

DISCUSSÃO

A maioria dos TIH foram de pacientes predominantemente adultos e do sexo masculino corroborando com a literatura^{12,21,22,23}. Em relação ao diagnóstico médico e destino do transporte, os pacientes internaram principalmente por causas cardiológicas e neurológicas e foram transportados para a transferência interna, seguido de exames de diagnóstico. Nesses últimos, houve predominância de tomografias de crânio. No que diz respeito ao diagnóstico de internação, Graça *et al.*²⁴ também encontraram uma prevalência de doença neurológica (31,5%), seguido de doença cardiovascular (27,7%). Em um estudo que avaliou os TIH designados para diagnóstico e intervenção cirúrgica, foi identificado predomínio de deslocamentos para fins de

propedêutica (80,4%), sendo em sua maioria a tomografia computadorizada (44%)²¹.

O planejamento do TIH do paciente internado em uma UTI é fundamental para a prevenção de possíveis instabilidades e para a otimização dos cuidados prestados durante suas etapas. No momento da decisão, devem ser ponderados seus riscos e benefícios e deve-se assegurar um número suficiente de profissionais, bem como de recursos materiais necessários ao monitoramento adequado²⁴.

Dentre os profissionais envolvidos nos TIH, destaca-se a preponderância de técnicos de enfermagem, seguido por enfermeiros, fisioterapeutas e após médicos, contrapondo-se ao estudo de Silva *et al.*¹² que observaram a presença marcante de médico (92,2%), e enfermeiro (100%). Esta discrepância pode ser justificada pela classificação de risco para o TIH, predominantemente de baixo risco neste estudo. Pacientes de baixo e médio risco para TIH possuem estabilidade clínica, contudo se diferenciam pela necessidade de oxigenoterapia e monitoração hemodinâmica, enquanto pacientes com alto risco para TIH possuem necessidade de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica²⁵.

A literatura traz que a composição mínima para o TIH deve respeitar a classificação de risco, não devendo ser inferior a dois^{4,5}. Neste artigo foi constatado que a presença do técnico e acadêmico de enfermagem não dependiam da classificação de risco para o TIH, no entanto os outros profissionais sim. Além disso, também foi notada a carência do enfermeiro nos TIH de médio risco, enquanto que o fisioterapeuta se fez presente na maioria dos TIH de alto risco. Este último, atua em situações de deslocamento realizando a monitoração da via aérea natural e artificial e dos parâmetros cardiorrespiratórios, sendo responsável também por avaliar a condição de saúde e capacidades do paciente, a fim de, planejar e executar medidas de adaptação, readaptação, orientação e capacitação para que assim, os riscos sejam reduzidos¹⁵.

Os equipamentos utilizados na UTI, quando em um TIH, precisam estar em condições favoráveis de funcionamento para não prejudicar o paciente. Nessa amostra, houve preponderância do cilindro de O₂ e BIC, haja vista que a maioria dos pacientes necessitava de O₂, bem como de monitoração com oxímetro portátil, já que informações contínuas sobre a SpO₂ do paciente evitam eventos hipoxêmicos^{12,21}. No transporte de baixo risco, o paciente não precisa ser monitorizado, mas os sinais vitais deverão ser aferidos antes e após o transporte e registrados em prontuário, enquanto que nos TIH de médio e alto risco, deve haver monitoração contínua de sinais vitais²⁵. No entanto, nesta casuística houve negligência na monitoração com oxímetro em 1 (8,3%) TIH de alto risco e em 11 (61,1%) de médio risco.

A BIC é utilizada quando há necessidade de controle rigoroso de soluções e medicamentos administrados, principalmente drogas vasoativas e sedativas, proporcionando maior segurança aos pacientes²⁶. Estudos mostram que são comuns os incidentes envolvendo equipamentos, como problemas com alarmes e término de baterias de BIC e monitorização^{20,23}. Neste estudo, os incidentes relacionados ao meio de transporte e acesso foram os mais prevalentes, contudo, não houve incidentes na maioria dos transportes envolvendo problemas com equipamentos.

No presente estudo foi verificado que em todos os TIH houve contato entre a UTI e o destino do paciente e apesar disso, foram verificados incidentes inclusive com danos ao paciente. Silva *et al.*¹² também revelaram uma predominância da comunicação (98,1%) entre as equipes e ressaltaram o papel dos profissionais quanto a redução do tempo de transporte e enfatizaram a importância da troca de informações sobre o paciente e disponibilidade de equipamentos na organização do destino e na composição da própria equipe. Erros humanos são esperados, mesmo nas organizações com melhor desempenho, especialmente quando envolvem uma decisão ou são baseados no conhecimento e em regras²². A maioria das ocorrências de incidentes foram independentes da presença dos profissionais nesta casuística, corroborando

com Yang *et al.*²², que avaliaram a presença do profissional de acordo com as alterações fisiológicas.

Quanto à natureza dos eventos adversos, houve predomínio da diminuição da SpO₂, seguida de alteração do nível de consciência corroborando com os resultados expostos no estudo de Hajje *et al.*²³, que encontraram 30 (16,3%) casos de dessaturação, 24 (13%) de agitação e 15 (8,1%) com instabilidade hemodinâmica numa amostra de 184 pacientes. Uma pesquisa que avaliou 120 pacientes adultos com câncer em estado grave submetidos a TIH, verificou 52 complicações compostas em 34 (28,3%) casos, as quais incluíam parada cardíaca, pneumotórax espontâneo, bradicardia, taquicardia, hipóxia e hipotensão graves²⁶. As alterações clínicas do paciente durante o TIH apontam para a necessidade de maior atenção para o planejamento de ações que garantam o controle destas alterações, quais sejam: controle da infusão das drogas em BIC, a utilização da maleta de transporte e a monitorização contínua da SpO₂ por meio do oxímetro portátil¹².

Em nosso estudo se observou discrepância no tempo total de TIH, justificada pelo período cirúrgico de traqueostomias que foi contabilizado, pela localização distante entre a UTI e sala de exames diagnósticos e por adventos relacionados a organização do TIH, tal como tempo de injeção de contraste e a espera decorrente por protocolos de acidente vascular encefálico. No entanto, o tempo total de TIH documentado foi inferior ao encontrado na literatura, visto que a maior parte dos TIH foram destinados à transferência interna e, portanto, não apresentaram um percurso de retorno/chegada^{20,26,27}. Viega *et al.*²⁷ verificaram em seu estudo que um tempo superior a 36,5 minutos está relacionado a maior incidência de intercorrências.

Em um estudo foi constatado que o aumento do risco de complicações esteve associado ao tipo de transporte, principalmente transporte de emergência, suporte ventilatório, sedação antes do transporte e Pressão Expiratória Final Positiva ≥ 6 cmH₂O²³. Os incidentes que acarretam danos ao paciente podem desencadear pior desfecho no período de hospitalização²⁷. O

percentual de incidentes observados corresponde a um quantitativo elevado e se assemelha a outros estudos^{12,20,23}.

O principal viés deste estudo é o fato de que alguns pacientes foram submetidos a procedimentos invasivos, e isso já altera sua hemodinâmica. Os resultados encontrados não devem ser generalizados para todas as UTI, visto que se trata de um estudo unicêntrico, com amostra diminuta e composta por TIH classificados predominantemente como baixo risco.

CONCLUSÃO

Após análise, observou-se uma prevalência de pacientes do sexo masculino e de meia-idade, internados em sua maioria decorrentes de causas cardiológicas. A maioria dos TIH foram realizados em pacientes que estavam em ventilação espontânea (baixo risco para o TIH) e o motivo prevalente para transportes foi a transferência interna. O principal desfecho foi a alta hospitalar. Quanto aos profissionais que estiveram presentes nos transportes, a maioria era da classe da enfermagem, sendo os mesmos não dependentes da classificação de risco para o TIH, diferente dos demais profissionais, que dependiam. De maneira geral, a presença dos profissionais não interfere na ocorrência de incidentes. A monitoração dos sinais vitais foi realizada através de oxímetro portátil, sendo empregada em menos da metade dos TIH realizados. Verificou-se que os dispositivos e equipamentos estavam diretamente relacionados à classificação de risco para TIH, exceto a BIC, que se fez presente na maioria dos TIH. Dentre os incidentes detectados na fase de transferência do TIH foram prevalentes as falhas da equipe e de equipamentos. A duração do TIH apresentou correlação significativa com ocorrência de incidentes, enquanto que os tempos de UTI e de hospitalização, assim como o desfecho, não apresentaram.

Os resultados do estudo evidenciaram os riscos aos quais os pacientes estão expostos durante o deslocamento, visto que foi verificada a ocorrência de incidentes embora a amostra fosse predominantemente de baixo risco para o

TIH. Nota-se também, a marcante presença do fisioterapeuta intensivista nos TIH de alto risco, enfatizando sua importância na redução de episódios danosos.

Conclui-se frente a realidade encontrada nesse estudo, que a decisão em transportar deve ser baseada na avaliação clínica do risco-benefício de cada transporte e de cada paciente, na capacitação da equipe multidisciplinar e nos recursos tecnológicos disponíveis e necessários para garantir a monitorização contínua desses pacientes. A segurança no TIH ainda é um desafio que se pretende alcançar por todos os profissionais intensivistas que participam deste processo, sendo necessário a colaboração e envolvimento destes na elaboração e aplicação de protocolos assistenciais e *checklists* que proporcionem a minimização de incidentes e danos ao paciente e, conseqüente redução de custos de internação hospitalar.

Diante do exposto, sugere-se a realização de pesquisas adicionais com maior número amostral e estratificação do público-alvo de acordo com sua gravidade, que norteiam a criação e implementação de estratégias que padronizam as práticas e visem a promoção e supervisão de ações voltadas à qualidade e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(3):471-476.
2. Gimenez FMP, Camargo WHB, Gomes ACB, Nihei TS, Andrade MWM, Valverde MLAFS, et al. Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Crit Care Res Pract* 2017; 2017:1-7.
3. Knight PH, Maheshwari N, Hussain J, Scholl M, Hughes M, Papadimos TJ, et al. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2015; 5(4):256-264.

4. Morais SA, Almeida LF. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Rev HUPE* 2013; 12(3): 138-146.
5. Teles MA, Neto JS, Puster RA, Beltrão BA, Araújo VN, Farias JLM, et al. Protocolo para transporte intra-hospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Rev Med Univ Fed Ceará* 2018; 58(4): 83-89.
6. Vasconcelos MCC, Pimentel IM, Lima EP, Tavares R, Teixeira R. Criação e validação de um Checklist para triagem de pacientes críticos no transporte intra-hospitalar. *Rev Eletron Acervo Saúde* [Internet] 2018 [acessado 2019 Abr 08]; 10(3): 1933-1941. Disponível em <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS295.pdf>
7. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D’Innocenzo M. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(1):121-130.
8. Silva R, Amante LN, Salum NC, Martins T, Werner J. Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE online* [Internet] 2016 [acessado 2019 Abr 08]; 10(12): 4459-4465. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11510/13389>
9. Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. *Crit Care* 2016; 20:12.
10. Carneiro TA, Duarte TTP, Magro MCS. Transporte de paciente crítico: um desafio do século XXI. *Rev Enferm UFPE online* [Internet] 2017 [acessado 2019 Abr 08];11(1): 70-77. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11879/14335>.
11. Venkategowda PM, Rao SM, Mutkule DP, Taggu AN. Unexpected events occurring during the intra-hospital transport of critically ill ICU patients. *Indian J Crit Care Med* 2014;18(6):354–357.
12. Silva R, Amante LN, Salum NC, Girondi JBR, Sebold LF. Incidentes e eventos adversos no transporte intra-hospitalar em terapia intensiva. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro* 2018; 8:e2805.

13. Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica); Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. *Transporte de doentes críticos: recomendações*, 2008.
14. Assobrafir. Parecer Nº 001/2015. Atuação do Fisioterapeuta no transporte intraou extra hospitalar. *Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva* 2015; 24 mar.
15. Coffito. Resolução Nº 402 de 03 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. *Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional* 2011; 03 ago.
16. Silva R, Amante LN. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(2): 539-547.
17. Zuchelo LTS, Chiavone PA. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. *J Bras Pneumol* 2009; 35(4): 367-374.
18. Cofen. Resolução nº 588 de 3 de outubro de 2018. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. *Conselho Federal de Enfermagem* 2018; 03 out.
19. Pereira Júnior GA, Carvalho JB, Ponte Filho AD, Malzone DA, Pedersoli CE. Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Medicina* (Ribeirão Preto Online) [Internet]. 2007 [acessado 2019 Abr 08];40(4):500-508. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/346>
20. Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, Nseir S, Onimus T, Guerry MJ, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: Incidence and risk factors. *Ann Intensive Care* 2013; 3(1):1-10.
21. Meneguim S, Alegre PHC, Luppi CHB. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enfem* 2014; 27(2):115-119.
22. Yang SH, Jerng Js, Chen LC, Li YT, Huang HF, Wu CL, et al. Incidence of patient safety events and process-related human failures during intra-hospital transportation of patients: retrospective exploration from the institutional incident reporting system. *BMJ Open* 2017; 7(11):e017932.

23. Hajjej Z, Gharsallah H, Boussaidi I, Daiki M, Labbene I, Ferjanu M. Risk of mishaps during intrahospital transport of critically ill patients. *Tunis Med* 2015; 93(11):708-713.
24. Graça ACG, Silva NAP, Correia TIG, Martins MDS. Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Rev Enferm Ref* 2017; serIV(15): 133-144.
25. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – Ministério da Educação. *Protocolo Assistencial Multiprofissional: Transporte intra-hospitalar de clientes*. Uberaba: HCUFTM/Ebserh; 2017.
26. Harish MM, Janarthanam S, Siddiqui SS, Chaudhary HK, Prabu NR, Divatia JV, et al. Complications and benefits of intrahospital transport of adult intensive care unit patients. *Indian J Crit Care Med* 2016; 20(8): 448-452.
27. Veiga VC, Postalli NF, Alvarisa TK, Travassos PP, Vale RTDS, Oliveira CZ, Rojas SSO. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Rev Bras Ter Intensiva* 2019; 31(1):15-20.

Artigo

Percepção da população transgênero acerca do atendimento em serviços de saúde*Perception of the transgender population about health care services**Percepción de la población transgénera sobre servicios de atención médica*Raniere Rodrigues da Silva¹Mauro Mccarthy de Oliveira Silva²Héryka Laura Calú Alves³Felice Teles Lira dos Santos Moreira⁴Grayce Alencar Albuquerque⁵**RESUMO:**

Um dos maiores obstáculos a ser vencido pelo SUS é a ampliação do acesso aos seus serviços para toda a população, especialmente para as mais vulneráveis, como a população de transgêneros (travestis e transexuais), que em decorrência do sentimento de inadequação, rejeição familiar, discriminações e dificuldades de inserção social, sofrem mais estigmas que os demais integrantes do grupo LGBT. Assim, objetivou-se analisar a percepção da população transgênero quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde. Estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com integrantes transgêneros nos municípios de Crato, Juazeiro e Barbalha, Ceará, Brasil. Para a coleta de dados utilizou-se roteiro de entrevista semiestruturado. Os discursos foram organizados mediante categorização temática e analisados com base na literatura pertinente.

1 raniere808@hotmail.com

2 mauro_mccarthy@hotmail.com

3 herykalaura_@hotmail.com

4 felicelira@hotmail.com

5 geycyenf.ga@gmail.com

Com parecer ético nº 2.365.994. Participaram 12 integrantes da população transgênero. Os resultados revelam que os participantes apresentam visão negativa acerca do atendimento prestado nos serviços de saúde, caracterizada por insatisfação, não reconhecimento dos seus direitos, não contemplação do nome social e episódios de discriminação sofridos durante assistência. É necessária uma qualificação dos profissionais de saúde, para que possam respeitar e tratar com dignidade esse grupo, tornando o acesso a esses serviços pela população transgênero igualitário e livre de discriminação.

Palavras-chaves: Acesso aos Serviços de Saúde; Pessoas Transgênero; Assistência à Saúde. Estigma Social

ABSTRACT:

One of the biggest obstacles to be overcome by SUS is the expansion of access to its services for the entire population, especially for the most vulnerable, such as the transgender population (transvestites and transsexuals), who, due to the feeling of inadequacy, family rejection, discrimination and social inclusion difficulties, suffer more stigmas than other members of the LGBT group. Thus, the objective was to analyze the perception of the transgender population regarding the care received in health services. Cross-sectional, descriptive study with a qualitative approach, carried out with transgender members in the municipalities of Crato, Juazeiro and Barbalha, Ceará, Brazil. For data collection, a semi-structured interview script was used. The speeches were organized through thematic categorization and analyzed based on the relevant literature. With ethical opinion 2,365,994. 12 members of the transgender population participated. The results reveal that the participants present a negative view about the care provided in health services, characterized by dissatisfaction, lack of recognition of their rights, non-contemplation of the social name and episodes of discrimination suffered during care. It is necessary to qualify health professionals so that they can respect and treat this group with dignity, making access to these services for the transgender population equal and free from discrimination.

Keywords: Access to health services; transgender people; health care; social stigma

RESUMEN:

Uno de los mayores obstáculos que debe superar el SUS es la expansión del acceso a sus servicios para toda la población, especialmente para los más vulnerables, como la población transgénero (travestis y transexuales) que, debido a la sensación de insuficiencia, el rechazo familiar, Las dificultades de

discriminação e inclusão social sofrem mais estigmas que outros membros del grupo LGBT. Por lo tanto, el objetivo fue analizar la percepción de la población transgénero con respecto a la atención recibida en los servicios de salud. Estudio descriptivo transversal con enfoque cualitativo, realizado con miembros transgénero en los municipios de Crato, Juazeiro y Barbalha, Ceará, Brasil. Para la recolección de datos, se utilizó un guión de entrevista semiestructurada. Los discursos se organizaron mediante categorización temática y se analizaron en función de la literatura relevante. Con opinión ética 2,365,994. Participaron 12 miembros de la población transgénero. Los resultados revelan que los participantes tienen una opinión negativa sobre la atención brindada en los servicios de salud, caracterizada por la insatisfacción, la falta de reconocimiento de sus derechos, la no contemplación del nombre social y los episodios de discriminación sufridos durante la atención. Es necesario calificar a los profesionales de la salud para que puedan respetar y tratar a este grupo con dignidad, haciendo que el acceso a estos servicios para la población transgénero sea igual y libre de discriminación.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud; personas trans; cuidados de la salud; estigma social.

INTRODUÇÃO

A designação ‘trans’ é utilizada para referenciar indivíduos com variabilidade de gênero. Tal definição é repleta de ideologias, com limites imprecisos e em constantes modificações. O termo transgênero categoriza um grupo de pessoas em que a personificação de gênero diverge, em diferentes formas, do sexo biológico de nascimento, podendo apresentar disforia de gênero^{1,2}.

Dentro da classificação ‘trans’ pode-se destacar transexuais e travestis. Os transexuais são um grupo de pessoas que partilham do desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto e esse desejo pode estar acompanhado de mal-estar ou inadaptação ao seu sexo anatômico, submetendo-se a intervenções cirúrgicas e tratamentos hormonais. Já as travestis, semelhantes aos transexuais, partilham do desejo da aceitação física como pessoa do sexo oposto, representando isso em um conjunto de comportamentos e hormônios, mas sem necessariamente a utilização de procedimentos cirúrgicos, pois as travestis não sentem desconforto quanto às

suas genitálias^{3,4}. Em decorrência, muitas vezes da inadaptação, tal grupo populacional é mais suscetível dentro da categoria de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT), ao preconceito e discriminação.

O processo de estigmatização na tentativa do controle normativo das identidades trans vai desde o nível estrutural até as inter relações sociais do cotidiano. No âmbito social, a discriminação é relatada, no Brasil e no mundo, como parte do cotidiano. Estudos apontam que esse grupo é mais discriminado que gays ou homossexuais, sendo até mesmo discriminados dentro da comunidade gay, por ser um grupo de difícil compreensão e pouco conhecido. Esse preconceito ultrapassa as barreiras sociais, afetando diretamente as diversas esferas socioassistenciais, inclusive no atendimento à saúde⁵.

Um dos principais desafios para o SUS é tornar amplo o acesso à saúde e organizar sua assistência. O desenvolvimento de políticas que abranjam a atenção à saúde de forma integral ainda carece de ampliação na percepção da compreensão dos direitos sociais, reprodutivos, do exercício da sexualidade e o reconhecimento das inúmeras faces da construção humana⁶.

Com isso, algumas iniciativas contemplam a população LGBT, como a criação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006 e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011^{7,8}.

Mesmo diante de tais avanços, para a população LGBT o acesso universal aos serviços de saúde, embora instituída como garantia constitucional, não vem sendo ofertada de forma totalitária. Grupos populacionais estigmatizados, incluindo minorias sexuais, revelam-se pouco estudados no que tange às desigualdades de saúde. O acesso desse grupo populacional aos serviços enfrenta inúmeros percalços, violações e iniquidades⁹.

Os obstáculos enfrentados na busca pelo acesso à saúde pela

população LGBT são observados em todos os níveis de atendimento. Práticas discriminatórias, muitas vezes presentes, são pautadas no estereótipo de gênero e isso torna esses processos subestimados, ainda que considerados um ponto chave na exclusão ao acesso à saúde. A violência, humilhação, julgamento moral e desrespeito ao nome social são outros fatores apontados pela população transexual na procura pelos serviços de saúde¹⁰.

A conduta dos profissionais de saúde, quando motivada por estereótipos, tabus, mitos sociais, torna-se um dos maiores obstáculos no acolhimento de clientes Transgêneros. Esse impedimento pode estar relacionado pelo déficit na formação, educação e capacitação do profissional ao longo da sua vivência acadêmica. De fato, essa inexperiência é figurada por um hiato no ensino, que possivelmente possa estar relacionado a um déficit no qual são desconsideradas relações de gênero que, por conseguinte, é refletido na prática profissional^{11,12}.

Dada a complexidade de fatores que implicam em dificuldades para acesso aos serviços de saúde dos transgêneros, bem como o tratamento dispensado pelos serviços a esse grupo minoritário, torna-se imperativo conhecer como a população transgênero como percebe e concretiza a assistência oferecida nos serviços de saúde diante suas necessidades, fundamentando o desenvolvimento de políticas públicas e intervenções específicas à essa população, com impactos positivos na melhoria da assistência, diminuição da vulnerabilidade e aproximação dos profissionais de saúde com o grupo estudado.

Assim, fundamentado no entendimento da discriminação e do preconceito como fenômenos sistêmicos existentes na assistência à saúde, esse estudo objetivou conhecer a percepção da população transgênero (Transexuais e Travestis) quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde.

MÉTODO

Estudo transversal, de natureza descritiva e abordagem qualitativa

realizado com 12 integrantes Transgêneros, de idade entre 18 e 35 anos, residentes no Estado do Ceará, Mesorregião Sul Cearense, no Triângulo CRAJUBAR, que corresponde aos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha.

Para participar do estudo os participantes contemplaram os critérios de inclusão: 1) idade maior que 18 anos e 2) ter se submetido a algum tipo de atendimento em serviços de saúde ao menos uma vez na vida.

Para contato, foram solicitados à movimentos militantes LGBT na região os contatos telefônicos de indivíduos transgêneros (transexuais e travestis) para que o pesquisador pudesse entrar em contato e convidar para participação no estudo. Após contato inicial de três indicados transgêneros, o pesquisador solicitou destes mais contatos e desta forma se realizou o recrutamento dos sujeitos da pesquisa, através da técnica conhecida como bola de neve. A referida técnica consiste em obter do primeiro entrevistado a indicação de outro e assim sucessivamente até que seja atingido o "ponto de saturação teórico"¹³. Foram considerados excluídos os participantes que ao contato telefônico realizado pelo pesquisador não responderam até a terceira tentativa.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com depoimentos gravados em mídia digital mediante autorização dos participantes. Os discursos obtidos foram transcritos de forma integral e organizados de acordo com a Análise Temática, proposta por Minayo¹⁴, em que se procedeu à categorização das falas. Ainda, objetivando-se o agrupamento dos discursos para obtenção da força das expressões utilizou-se o Programa *Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires* (IRAMUTEQ)¹⁵, versão 0.7 alfa 2¹⁶. Esse *software*, de instalação gratuita, permite a análise estatística clássica do texto. Para este estudo foi utilizada a Nuvem de Palavras, que agrupa e organiza as palavras graficamente em função da sua frequência em um grupo de textos a respeito de uma determinada temática, permitindo uma leitura compreensível e visualmente clara. Por fim, a

análise dos dados ocorreu em consonância com a literatura científica pertinente.

O presente estudo respeitou aos aspectos éticos e legais presentes na Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) assegurando o direito dos participantes e considerando a autonomia, beneficência, justiça e não maleficência¹⁷ com a garantia ética do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e confidencialidade dos dados, sendo os participantes nomeados como TS 1, TS 2, TS 3 (...) e TR 1, TR 2, TR 3 (...), em que a sigla TS designa Transexuais e a sigla TR, Travestis. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob parecer CEP/URCA nº 2.365.994.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 integrantes da população Transgênero (Travestis e Transexuais), com idades entre 18 e 35 anos. Dentre os 12 participantes, nove afirmaram ser transexuais e três eram travestis.

Quanto à escolaridade, cinco participantes relataram possuir ensino médio completo, dois estavam cursando ensino médio completo e cinco relataram estar cursando o ensino superior. Em relação às profissões, cinco relataram não possuírem vínculo empregatício e as três integrantes travestis relataram serem garotas de programa. Os participantes em sua maioria (10) identificaram-se com orientação sexual heterossexual e morando juntamente com a família. Em contraposição, as participantes travestis, relataram não morar com familiares, e sim com alguns amigos próximos.

Após obtenção dos discursos gravados previamente com a autorização, a organização e análise do material permitiu estabelecer quatro categorias temáticas dominantes.

Categoria 1: Ausência de atendimento em saúde às pessoas transgêneros: não reconhecimento da condição travesti e transexual

Ao indagar os participantes sobre qual a sua percepção a respeito dos serviços de saúde prestados em seu município, diversas opiniões surgiram em relação ao seu grau de satisfação com o serviço. A maioria relatou apresentar uma visão negativa do atendimento prestado, caracterizada por uma insatisfação com o serviço e pelo não reconhecimento de sua condição transexual e/ou travesti e suas necessidades pelos profissionais de saúde.

“- Extremamente precária! Porque não tem nenhum tipo de assistência pra gente...Na verdade, não tem nenhum...a maioria das pessoas não sabem nem que a gente existe!” (TS 1).

“É...atualmente...tá bem escassa, assim...no caso, pras pessoas trans, é um meio muito difícil de acesso” (TS 2).

“Primeiramente, o meu município é um município muito pequeno, e...não tem tanta essa questão da informação, então as pessoas não sabem muito bem o que significa ser transgênero...o ser trans...” (TS 4).

“- Nenhuma! Não tem assistência! Eu acredito que não tenha suporte e ainda não tem esse reconhecimento das pessoas trans na saúde” (TS7).

Categoria 2: Dificuldades percebidas pela população transgênero para assistência nos serviços de saúde.

A maioria dos participantes entrevistados relatou que existe dificuldades para tratamento nos serviços de saúde em decorrência do fato de serem transgêneros em decorrência do preconceito e discriminação sofrida nos mesmos.

“- Com certeza! Tanto que...eu já deveria ter feito algum...alguns é...no-no...posto do SUS, né...mas não fui por conta disso, dessa diferença que há entre tratamento de pessoas cis de trans. Vergonha...essas coisas, ser tratado mal...” (TS 1).

“- Sim! População transgênero, ela tá mais, como posso

dizer...a sofrer mais com a saúde...porque a gente fica se escondendo...a gente não é respeitado...” (TS 4).

“- Sempre tem! Porque quando você chega pra ser atendido, a mudança já começa aí, no atendimento” (TS 5).

Como dificuldades enfrentadas, a maioria relatou falta de respeito aos seus direitos como transgêneros, pela não contemplação do nome social nos impressos e no tratamento presencial profissional-usuário nos serviços. Alguns afirmaram que a recusa de prestar atendimento por parte dos profissionais e o estigma associado ao fato de serem possíveis portadores de HIV foram também algumas das dificuldades.

“- A maior dificuldade que tem, é alguns não respeitar a pessoa...respeitar o direito da pessoa” (TR 3).

“- ...certos locais assim, que os enfermeiros e os médicos realmente não querem atender! Então, é por serem travestis e transexuais...eles se recusam!” (TS 9).

“- É o reconhecimento, quanto ao atendimento, é o reconhecimento, porque você diz seu nome, no meu caso, eu nasci mulher, a aparência ainda um pouco de mulher, porém o meu nome é masculino! Se eu digo o meu nome masculino, mesmo sabendo o meu nome masculino...o povo ainda me trata no feminino” (TS 5).

“- ...eu fui muito mal atendido, demoraram muito, não me chamaram pelo nome social, nem pelo pronome masculino, e isso mesmo eu fazendo o uso de carteirinha retificado e tudo, não fizeram o uso do nome social...(TS 3).

“- ...eu tava um pouco machucada...aí vi sangue em mim...aí sabia que eu já era travesti, aí ficaram até com medo de chegar perto de mim e me dar atenção, por acharem que porque sou travesti tenho AIDS né...por causa disso. Eu percebi” (TR 2).

Ainda, houve relato de não atendimento, pautado no preconceito e discriminação por parte dos profissionais de saúde em decorrência da imposição de valores morais/religiosos.

“- A primeira vez que eu fui me consultar, o que aconteceu foi que o médico olhou pra mim e disse que...aquilo era errado! Eu fui atrás dos meus direitos...que eu creio que eu tinha direito de tomar hormônio, assim, porque eu não tinha condições financeiras, e o médico olhou pra mim e disse que isso era errado, que eu deveria procurar a igreja, e que eu tava fazendo uma coisa errada, e que praticamente as palavras foram que eu ia pro inferno” (TS8).

Importante destacar que houveram alguns poucos discursos que permitiram identificar facilidade no acesso à assistência à saúde no âmbito privado, por meio de um plano de saúde, o que em parte, justifica a busca por este tipo de atendimento, quando há condição econômica para tal.

“- Eu especificamente tenho a facilidade por ter um plano de saúde...” (TS 3).

“- No privado eu fui tratado bem, fui tratado no gênero correto, com meu nome social correto... Se eu busco, é particular. Os últimos que eu fui foram pra hormonização. Eu procurei, é particular” (TS 1).

“- Particular! Ultimamente foi o psicólogo! Fora isso, ainda não procurei pelo SUS” (TS 5).

“- Assim, eu faço hormonioterapia há cinco anos...eu não tentei no serviço público...eu consegui particular” (TS 7).

Categoria 3: Frequência e motivos da procura aos serviços de saúde pela população Transgênero

Quando interrogados a respeito da frequência e os motivos pelos quais a população transgênero procura os serviços de saúde, se pôde observar que alguns participantes relataram procurar os serviços de atenção secundária à saúde já quando se observa a saúde comprometida, deixam de lado os serviços de atenção primária à saúde, como visto nos discursos a seguir:

“- Sempre vou na UPA... O mais que eu procuro é a UPA mesmo. É mais fácil, dá pra ir em qualquer horário, um posto de saúde não...só atende durante o dia, né...” (TR 2).

“- Eu recorri aos serviços até agora só para causas gerais, eu

tive um corte na mão, precisei recorrer...” (TS 3).

“- ...eu busco...É uma dor de cabeça...a minha pressão que é alta às vezes, entendeu? Também eu faço hemodiálise” (TR 1).

Outros participantes relataram que não procuravam os serviços de saúde em decorrência do receio de serem vítimas da discriminação e preconceito por parte dos profissionais de saúde, o que resulta em automedicação e comprometimento da saúde.

“- ...eu me medico em casa mesmo! Eu não fui a um hospital ainda com essa nova identidade de gênero, eu ainda não fui! (TS 6).

“- Não! Não procuro por conta de ter medo de ser...de sofrer transfobia! Mesmo doente, não procuro!” (TS 7).

“- Não! Eu não busco muito os serviços de saúde...” (TS 4).

“-Não! Desde quando assumi essa minha identidade, ainda não procurei” (TS 6).

Foi possível ainda identificar que parte dos entrevistados, em decorrência de experiências negativas em relação ao atendimento nos serviços de saúde, acabaram por interromper tratamentos em andamento e desistindo pela procura desses serviços.

“- Eu procurava mais, com mais frequência, inclusive eu fazia tratamento regular para quase tudo, mas como fui vendo que foi ficando diferente depois que me assumi, assumi certas posturas e depois que eu fui crescendo e as coisas foram se tornando mais visíveis porque fui formando uma identidade externa, esses serviços foram me desagradando, interrompi tratamento com a psiquiatra por isso, porque ela dava um diagnóstico e aí ‘tá, vamos rever esse diagnóstico’ e ela não considerava que poderia ser transgeneridade mesmo, considerava

um transtorno de personalidade...” (TS 3).

“- Assim...eu procurava com frequência, mas depois disso que aconteceu comigo, com esse médico, eu resolvi não procurar, fiquei com medo! Das reações dos outros! Fui me afastando, é...assim, fiquei com praticamente um trauma, entendeu?” (TS8).

Alguns participantes ainda afirmaram que procuravam os serviços de saúde, para exames de prevenção, como uma maneira de cuidar da saúde, embora com foco nas Infecções de Transmissão Sexual.

“- Busco sim! Sou cadastrada no posto de saúde...faço meus exames geralmente...tipo...HIV...essas coisas, né...se prevenir” (TR 3).

“- Sim, eu procuro! Mais relacionados à DST's. De seis em seis meses eu faço... Regularmente, só pra ter certeza de que está tudo bem” (TS9).

Categoria 4: Melhorias esperadas nos serviços de saúde sob a ótica da população transgênero.

Ao serem questionados sobre o que esperavam de um atendimento, o que seria necessário para que os profissionais de saúde atendessem suas necessidades em saúde, os participantes revelaram a importância de respeito e de qualificação dos profissionais de saúde para reconhecimento de sua condição e seus direitos.

“- ...estudo, mais dedicação, mais qualificação, mais empatia com a gente, porque a gente é cidadão como todos” (TS 1).

“- ...qualificação sobre o assunto, sobre o nome social, sobre tudo...tudo que envolve uma pessoa trans...” (TS 2).

“- Eu acho que eles precisam de uma educação trans, uma educação sobre gênero, sobre identidade... Sobre toda a população em geral. Pra eles poderem nos reconhecer, com a gente reconhece eles” (TS 5).

“- Precisam de mais conhecimento sobre o assunto, sobre identidade de gênero e sobre os direitos das pessoas trans”

Fonte: Depoimentos processados pelo IRAMUTEC

DISCUSSÃO

Segundo Rocon¹⁸, muitas são as dificuldades enfrentadas frente ao acesso e permanência nos serviços de saúde pela população travesti e transexual, evidenciadas pelo desrespeito aos seus direitos, não adoção do nome social e presença de trans/travestifobia, sendo estas, causas para abandonos de tratamentos e não busca pelos serviços.

Na tentativa de reduzir ações discriminatórias direcionadas a esta população, bem como, facilitar-lhes o acesso aos serviços de saúde, no ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, tendo como base e referência a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Ambos defendem o direito à saúde para toda a população, assim como o respeito por parte dos profissionais aos que procuram por esse serviço. Entretanto, essas normativas ainda não foram totalmente acolhidas no cotidiano dos serviços e dos profissionais de saúde, o que conseqüentemente impede a garantia de um acesso universal à saúde pela população transgênero⁴.

O conseqüente desrespeito aos participantes da pesquisa nos serviços de saúde e o sofrimento causado em decorrência da diferença de tratamento recebido pelos profissionais aos pacientes Transgêneros, somado a outros episódios de discriminação cometidos pelos serviços, tem sido relevante na não efetividade da universalidade do acesso e cuidado a saúde pela população Transgênero, a começar pela adoção do nome social.

O Decreto nº 8727, de 28 de abril de 2016, trata do direito ao uso do nome social e identidade de gênero em todos os âmbitos da administração

pública federal, tornando vedado a utilização de termos pejorativos e discriminatórios¹⁹. A adoção do nome social reforça a identidade social, que se mostra um fenômeno de alta importância para qualquer indivíduo, pois nas palavras de Tajfel²⁰, "a identidade social de uma pessoa se encontra relacionada com o conhecimento de sua filiação a certos grupos sociais e com a significância emocional e valorativa que resulta desta filiação". No entanto, mesmo com legislação a favor desta adoção, o pedido para uso do nome social não é atendido.

Outro elemento discriminatório bastante frequente é a associação direta das travestis com o *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana) HIV/AIDS^{21,22}. A ligação de forma estigmatizada das travestis com o HIV pode estar presente nos profissionais de saúde, embora disfarçadamente. Um dos motivos para esse estigma pode se relacionar aos padrões de comportamentos impostos pela sociedade, padrões ditos "normais", como os heterossexuais^{23,24}. Vale a pena lembrar que as compreensões iniciais a respeito da epidemia do HIV (1981-1984) foram marcadas principalmente pelo enfoque biomédico, epidemiológico e comportamentalista, o que promoveu a identificação e estigmatização de subgrupos populacionais que apresentavam uma maior probabilidade de ter pessoas com a doença, como a população homossexual²⁵. Assim, segundo mesmo autor, uma relação histórica e estigmatizada de HIV na população homossexual, com destaque às travestis, ainda se faz presente na sociedade.

A questão da imposição religiosa dos profissionais de saúde também foi mencionada pelos participantes como uma forma de discriminação. A associação de que a condição transexual é considerada errada perante os preceitos religiosos e condenável ao inferno, reforça o imaginário de alguns profissionais de saúde de que a população transgênero é constituída de pecadores e condenados, sendo os homossexuais vistos como indivíduos perigosos para a sociedade, por serem considerados como promíscuos, propagadores de doenças e pela associação com a pedofilia²⁶.

Dessa forma, dado a complexa cadeia de obstáculos para assistência em saúde que se impõe a este grupo, é percebida uma grande resistência da população transgênero em procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No Brasil, por exemplo, a hormonização deve ser prescrita pelo profissional médico, no entanto, devido a escassez de profissionais que dominem as especificidades da pessoa trans, a maioria recorre à automedicação e não aos serviços de saúde para realizar o processo de hormonização e isso é revelado em um estudo realizado no Distrito Federal, Brasil, onde 84% (169 pessoas) dos entrevistados relatam que fazem aquisição dos medicamentos nas farmácias, sem prescrição médica, com grandes riscos de dosagens e reações adversas²⁷.

Outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro, Brasil, em entrevista com 09 (nove) travestis, demonstra que a insatisfação diante do atendimento prestado a mulheres transexuais na atenção primária fragmenta a formação de vínculos, levando o público estudado a procurar, como porta de entrada, a atenção secundária, por vezes até particular, por ofertar um atendimento mais humano e rápido²⁸.

Infere-se que o não respeito às diversidades sexuais implica em um atendimento discriminatório, excludente e seletivo. Essa discriminação e exclusão afasta o usuário Transgêneros do atendimento, dessa forma, ao invés de se sentir-se respeitado como cidadão, ele encontra no serviço de saúde um espaço em que sua cidadania não pode ser exercida^{29,30}, situação esta que está em oposição aos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

O SUS é orientado pelos princípios de que a assistência seja pautada de uma forma integral, universal e igualitária. Tal igualdade acarreta que não haja preconceito, ou seja, todos, independentemente da sua identidade de gênero e orientação sexual, sejam tratados de forma universal. Os mesmos autores afirmam que uma das dificuldades para a efetivação desses princípios envolve uma falta de capacitação por parte dos profissionais de saúde na área da sexualidade e diversidade sexual^{4,21}.

Os relatos deste estudo evidenciam que os profissionais muitas vezes desconhecem o tema e as demandas da população transgênero, o que implica em conduta baseada em estereótipos, tabus e mitos sociais, com consequente obstáculo no acolhimento livre de discriminação por parte dos profissionais. Essa condição pode estar relacionada ao déficit na formação, educação e capacitação do profissional ao longo da sua vivência acadêmica.

Assim, um fator elencado pelos participantes deste estudo é a necessidade do profissional ser capacitado e qualificado para conhecer e atender as demandas deste público. Assim, percebe-se a importância durante a formação acadêmica de haver contato com a temática, tendo em vista que esta vem se tornando uma realidade na sociedade atual. Desse modo, é essencial ao profissional de saúde uma busca constante por especialização e aprendizado, como quesito básico para sua formação, possibilitando assim, uma prática mais fidedigna às realidades dos usuários transgêneros que buscam atendimento²⁴.

Destaca-se que para a redução das iniquidades que causam adoecimento aos indivíduos e coletividade, institui-se a necessidade de uma formação profissional pelas instituições de ensino superior em saúde que contribuam para um desenvolvimento social, humanitário e ético e para isto, torna-se necessário a inclusão de disciplinas e métodos que abordam o ensino sobre diversidade de gênero e sexual nos processos formativos destes profissionais³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber através dos discursos, que a ambiguidade que os corpos transgêneros revelam foge da relação sexo/gênero determinada como “normal” pela sociedade, e tudo que é “diferente”, incompreendido, pode causar certa resistência por parte da população em geral, principalmente pelos profissionais de saúde ao atenderem o grupo em questão.

Conferido todo o estudo, continua-se a defender que a população

transgênero, como qualquer outro grupo populacional, não pode ser alvo de exclusão ao buscarem os serviços de saúde, tão somente pelo fato de não estarem em adequação ao imposto socialmente como "normal". Assim como todo e qualquer cidadão, o grupo também busca por respeito e dignidade.

A ampliação do debate sobre as questões de gênero e diversidade sexual entre os profissionais da saúde pode ser uma forma de qualificar o atendimento dispensado aos transgêneros nos serviços. É de importância significativa uma revisão nos currículos das graduações, especialmente, nas áreas da saúde, no sentido de capacitar esses profissionais quanto à abordagem e ao tratamento das diferentes questões vinculadas à sexualidade e diversidade sexual.

Espera-se que os que a ele tiverem acesso, sensibilizem-se sobre a população transgênero e exercitem no dia a dia o respeito à diversidade, assim como, espera-se contribuir para o debate da temática e fornecer subsídios para a formulação de políticas de saúde mais efetivas.

REFERÊNCIAS

1. Spizzirri G. Disforia de gênero em indivíduos transexuais adultos: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Diagn Tratamento**. São Paulo. Sp. 2017;22(1):45-8. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832448/rdt_v22n1_45-48.pdf. Acessado em 02 de setembro de 2019.
2. Rosa DF et al. Assistência de Enfermagem à população trans: gêneros na perspectiva da prática profissional. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 299-306, fev. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700299&lng=pt&nrm=iso. acessosem 02 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>
3. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis (Rio J.)* 2009; 19:43-63.

4. Rocon PC et al . Acesso à saúde pela população trans no brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, e0023469, 2020 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100505&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Apr. 2020. Epub Nov 11, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>.
5. Magno L; Dourado I; Silva LAV. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2018; 34(5):e00135917. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00135917.pdf> acessado em 06 de abril de 2020 doi: 10.1590/0102-311X00135917.
6. Gawryszewski ARB, Oliveira DC; Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>>. Acesso em: 20 Mar. 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 28 Mar. 2017.
8. Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Ministério da Saúde. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/4214>. Acesso em: 11 Out.2017.
9. Albuquerque GA et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, Set. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a15v37n98.pdf>>. Acesso em: 08 Mar. 2017.
10. Souza MHT et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n.4, p. 767-776, 2015.
11. Pinto DPP. Discriminação, preconceito e atitudes relativamente a lésbicas: Estudo numa amostra de estudantes de Enfermagem. Universidade do Minho. Escola de Psicologia, Portugal, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/17832>>. Acesso em: 28 Mar. 2017.

12. Albuquerque GA. Direito à Saúde: Implicações da homossexualidade como um desafio as políticas públicas de saúde e acesso aos serviços. 2012. 41f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina do ABC Paulista, Juazeiro do Norte, 2012.
13. Albuquerque EM. Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/Albuquerqueemm.pdf>>. Acesso em: 28 Abr. 2017.
14. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In MANAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
15. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. Temas em Psicologia. 2013; 21(2): 513-518. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>.
16. Marchand P, Ratinaud P. L’analyse de similitude appliquée aux corpus textuels :les primaires socialistes pour l’élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). Actes des 11èmes Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles. 2012; 687-699. Disponível em: <<http://lexicomtrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>>
17. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 510/16. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 06-07 abr/2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 29 de Abr. 2017
18. Rocon PC et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n.8, p.2517-2526,Ago. 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2517.pdf>>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

19. Brasil. Decreto nº DECRETO Nº 8.727, DE 28 DE ABRIL DE 2016, Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, DF. Publicado em D.O. 29 de abril de 2016b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm acessado em 11 de março de 2020.
20. Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In: S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale* (Vol. 1, pp. 272-302). Paris, Larousse.
21. Müller MI, Knauth DR. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado!'. Cad. EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 01-14, Junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v6n2/v6n2a02.pdf>. Acesso em: 14 Abr.2017.
22. Rodrigo C. Nome social e a plena cidadania T. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.); São Paulo. vol. 19, n. 2 – dez. 2018. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016480/bis-v19n2-diversidade-29-36.pdf>. Acessado em 11 de março de 2020.
23. Parker R, Aggleton P. Cidadania e direitos, n. 1: Estigma, Discriminação e AIDS. Coleção ABIA., Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. Disponível em: www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf. Acesso em: 10 Nov. 2017
24. Oliveira DP et al. A Percepção do Profissionais de Saúde Acerca das Dificuldades dos Transgêneros em Processo de Transexualização. Editora Realize., Campina Grande, PB. Outubro2015 Disponível em: editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA13_ID149_13022017122355.pdf. Acesso em 10 Out. 2017.
25. Magno L et al . Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 35, n. 4, e00112718, 2019 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000400501&lng=en&nrm=iso. access on 02 Apr. 2020. Epub Apr 08, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00112718>.

26. Dantas MLG; Neto AFP. O discurso homofóbico nas redes sociais da internet: uma análise no facebook “Rio sem Homofobia - Grupo Público” Cadernos do Tempo Presente, n. 19, mar./abr. 2015, p. 27-41. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/DiscorsoHomofobico.pdf> acessado em 02 de abril de 2020.
27. Kruger A et al . Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 22, supl. 1, e190004, 2019 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000200401&lng=pt&nrm=iso. acessos em 06 abr. 2020. Epub 26-Set-2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>
28. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 35, n. 4, e00111318, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000400504&lng=pt&nrm=iso. acessos em 06 abr. 2020. Epub 08-Abr-2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00111318>.
29. Müller IM. Os Médicos Nunca me Tocaram um Dedo! Eu Cansei Daquele Posto! A Percepção das Travestis Quanto ao Atendimento em Saúde. LUME - Repositório Digital. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Curso de Especialização em Saúde Pública. Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/12297>>. Acesso em: 11 Out. 2017.
30. Sousa PJ et al. Humanização no acolhimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem / Humanization on the embracement of lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals in primary care: bioethical thoughts for nursing. Rev. enferm. UFPE on line ; 5(4): 1064-1071, jun. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31066> acessado em 16 de março de 2020.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, 28-01 fev/2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/179092297/dou-secao-1-26-02-2018-pg-85>. Acessado em 06 de abril de 2020.

Artigo

Atenção primária à saúde em assentamentos rurais e comunidades quilombolas no Brasil*Primary healthcare in rural settlements and quilombola communities in Brazil**Atención primaria de salud em asentamientos rurales y comunidades quilombolas en Brasil*João Paulo Macedo¹Tatiane Meneses da Silva²Magda Dimenstein³Jader Leite⁴Candida Dantas⁵Kátya de Brito e Silva⁶**RESUMO:**

Este estudo teve como objetivo analisar a forma como tem se organizado no Brasil os serviços de Atenção Primária para a população que vive em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, de natureza quantitativa, tendo como base as informações presentes nos microdados do processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Verificou-se que os assentamentos estão concentrados em maior percentual nos estados das regiões Nordeste e Norte, as comunidades quilombolas estão nas

1 jpmacedo@ufpi.edu.br

2 tatianemeneses95@gmail.com3 mgdimenstein@gmail.com4 jaderfleite@gmail.com5 candida.dantas@gmail.com6 katyabrito.s@gmail.com

regiões Nordeste e Sudeste e as equipes da Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família) possuem um alcance restrito a esses contextos. Identificou-se a existência de um delicado quadro de exclusão e iniquidade que se associa à falta de coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos assistenciais junto aos povos rurais e/ou tradicionais. Conclui-se que esses moradores, especialmente os de comunidades quilombolas, enfrentam muitos obstáculos e seguem excluídos dos cuidados básicos de saúde. Desse modo, torna-se necessário investir em uma reorganização dos processos de trabalho de forma a ampliar a capacidade resolutiva das equipes e a sustentabilidade dos vínculos entre profissionais e usuários

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, assentamentos rurais, comunidades quilombolas.

ABSTRACT:

This study aimed to analyze the way in which Primary Care services have been organized in Brazil for the population living in areas of rural settlements and quilombola communities. This was a cross-sectional study, using a quantitative design and information from microdata of the external assessment process of the National Programme for Improvement of Quality and Access to Primary Care (PMAQ). It was observed that settlements are mostly concentrated in the North and Northeast regions, whereas quilombola communities are more frequent in the Northeast and Southeast regions. Basic Care (ESF and NASF) teams have limited reach to these places. It was identified a situation of exclusion and inequity that is associated with the absence of coordination in care and of defining of the care flow regarding rural and/or traditional populations. It is concluded that these populations, especially those in quilombola communities, face many obstacles and are still excluded from basic healthcare. Therefore, it is necessary to invest in restructuring the work procedures and in widening the capacity of the teams and the sustainability of the links between professionals and patients.

Keywords: Primary Health Care, rural settlements, quilombolas communities

RESUMEN:

Este estudio tuvo como objetivo analizar la forma en que los servicios de Atención Primaria se han organizado en Brasil para la población que vive en zonas de asentamientos rurales y comunidades quilombolas. Se trata de un estudio transversal, de carácter cuantitativo, basado en la información presente en los microdatos del proceso de evaluación externa del programa nacional para mejorar el acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ-AB). Se encontró

que los asentamientos se concentran en porcentajes más altos en los Estados de las regiones noreste y norte, las comunidades quilombolas están en las regiones noreste y sureste y los equipos de atención primaria (estrategia de salud familiar y centros de apoyo a la salud de la familia) tienen un alcance limitado a estos contextos. Se identificó la existencia de un delicado marco de exclusión e inequidad que se relaciona con la falta de coordinación de la atención y la planificación de los flujos de asistencia con los pueblos rurales y/o tradicionales. Se concluye que estos residentes, especialmente los de las comunidades quilombolas, enfrentan muchos obstáculos y siguen excluidos de la atención básica de la salud. Así, es necesario invertir en una reorganización de los procesos de trabajo con el fin de ampliar la capacidad resolutoria de los equipos y la sostenibilidad de los lazos entre profesionales y usuarios.

Palabras clave: Atención primaria de salud, asentamientos rurales, comunidades quilombola

INTRODUÇÃO

O debate sobre povos ou comunidades tradicionais é relativamente novo no Brasil nas esferas governamental, acadêmica e social. A heterogeneidade de grupos humanos que compõem os chamados “povos tradicionais” é reflexo da imensa diversidade sociocultural e fundiária do Brasil¹. Assim, podem ser reconhecidos, de acordo com o autor, como “populações”, “comunidades”, “povos”, “sociedades”, “culturas”, adjetivados por expressões como “tradicionais”, “autóctones”, “rurais”, “locais”, “residentes”, de maneira tal que qualquer definição adotada deve considerar a abrangência, a diversidade e a heterogeneidade desses grupos humanos. Essas classificações são frequentemente usadas sem maior precisão, sem o conhecimento de seus significados e critérios utilizados e, especialmente, desconsiderando que um estado puro não existe em nenhuma cultura tradicional².

A diversidade fundiária do país e a sua falta de reconhecimento pelo Estado brasileiro trouxeram como consequência a ausência de políticas voltadas para essas populações. Foi somente a partir de 1985, com o processo de redemocratização do país, que novos espaços de atuação política para os povos tradicionais foram abertos. Além disso, com a promulgação da

Constituição de 1988, distintas modalidades territoriais, como terras indígenas e remanescentes das comunidades de quilombos, foram fortalecidas ou formalizadas¹.

Uma década e meia depois, em 2004, foi instituída a Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais, cujo desdobramento foi a implementação do Plano Prioritário de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais entre 2008 e 2010. Entre as proposições do referido Plano ressalta-se a efetivação de ações e programas que visam ao equacionamento de disparidades existentes entre povos e comunidades tradicionais e demais cidadãos/ãos brasileiras/os. Apesar desse reconhecimento pelo poder público ter estimulado a relação entre sociedade civil e governo, a partir do protagonismo social da primeira, é preciso considerar a persistência da invisibilidade de grande parte dessas comunidades, “silenciadas por pressões econômicas, fundiárias, processos discriminatórios e excluídas política e socialmente”³.

Em termos operacionais, o Decreto Nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007⁴ que constituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), denomina de “povos e comunidades tradicionais”:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição³.

Como forma de facilitar o entendimento sobre “populações tradicionais”, esta categoria conceitual é subdividida em dois tipos: indígena e não-indígena. Sobre a primeira, existem cerca de 300 mil índios que representam enorme sócio diversidade, com 206 povos e cerca de 180 línguas e sociedades diferenciadas. As populações não-indígenas, por sua vez, são formadas por caiçaras, jangadeiros, caboclos/ribeirinhos amazônicos,

sertanejos/vaqueiros, caipiras, açorianos, varjeiros (ribeirinhos não amazônicos), pantaneiros, quilombolas, pastoreio (campeiro), pescadores, babaçueiros, sitiantes e praiheiros².

Esses povos se caracterizam por um modo de vida pré-capitalista e dependência parcial do mercado, têm a transmissão oral como principal mecanismo de difusão e utilizam recursos naturais associados à ocupação e à fixação dos territórios, devido ao desenvolvimento de atividades culturais e de subsistência. No entanto, os povos ou comunidades tradicionais não devem ser vistos como opostos às sociedades modernas e ao mundo urbano⁵. De uma forma ou de outra, todas estão articuladas e dependentes da formação social capitalista, estabelecendo maior ou menor dependência. Ademais, são grupos que possuem uma cultura marcada pela “inevitável presença do outro”, seja um sujeito individual, institucional ou plural, que atua na constituição de sua identidade⁶. Outro aspecto fundamental diz respeito à percepção social do ambiente, constituída a partir do seu sistema de representações, de seu imaginário mitológico, de símbolos e aspectos de religiosidade, os quais orientam seu agir sobre o mundo².

Essa diversidade, leva à necessidade de apreender tais sociedades como heterogêneas. Apesar de compartilharem características comuns relativas ao conhecimento sobre a biodiversidade, diferenças importantes marcam essas populações. As tradicionais indígenas, por exemplo, possuem história sociocultural anterior e línguas próprias, distintas da dos não-indígenas, apesar de uma aparente coesão, relacionada às festas, lendas, simbologias, religião, modo de produção mercantil e outros aspectos comuns. Contudo, isso não significa que são culturas iguais, estáticas e sem conflitos².

O mapeamento progressivo da diversidade desses grupos humanos possibilitou o conhecimento das desigualdades históricas e estruturais que marcam a vida desses povos. A condição de vulnerabilidade em que vivem é preocupante dadas as dificuldades de acesso às políticas e programas de saúde, educação, segurança, transporte, habitação, cultura e organização produtiva. A

falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, poucos recursos hídricos, existência de riscos ambientais tais como destinação inadequada do lixo, uso inadequado de agrotóxicos e realização de queimadas como forma de preparação do solo para plantio, além das áreas castigadas pela seca, agravam ainda mais as condições de vida dessas populações⁶.

Sabe-se ainda que as condições de vulnerabilidade relativas à pobreza e miséria se agravam quando se trata de espaços rurais, principalmente quando há um considerável índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e de mortalidade infantil para os padrões atuais; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda⁷.

Diante deste cenário foram empreendidas uma série de lutas pelos movimentos sociais do campo, tendo a saúde como uma das mais fortes reivindicações. A resposta do Estado brasileiro veio com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), instituída em 2011, pelo Ministério da Saúde, visando à promoção de saúde para povos do campo, da floresta e demais povos tradicionais, abarcando as necessidades e especificidades de saúde dessa população⁸. Apesar da diversidade de povos que trata a PNSIPCF, a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal ferramenta de atenção à saúde no âmbito primário, ficou centrada mais fortemente na população moradora de assentamentos da Reforma Agrária e Comunidades Remanescentes de Quilombos⁹.

Situando os territórios e suas necessidades em saúde

Os assentamentos rurais são espaços onde desenrolam-se múltiplas relações sociais, trocas de saberes e expressões de luta na busca de melhores condições de vida no campo¹⁰. A legalização das terras e a consequente retenção das mesmas pela elite agrária, além da não legalização dessas áreas, se configuram como um problema de grandes dimensões para essas populações que são constantemente pressionadas e ameaçadas a abandonarem suas terras¹¹.

A luta pela terra é uma questão antiga no Brasil. Nos anos de 1950 e 1960 a Reforma Agrária surgiu como solução para o problema nacional relacionado à terra. Em 1964 foi promulgado o Estatuto da Terra em meio ao golpe militar, ou seja, sob forte repressão política e pressão econômica para o incremento da modernização da agricultura, com a incorporação de máquinas e uso de insumos químicos, resultando em baixos salários, precariedade das condições de trabalho e, conseqüentemente, de exclusão social no campo¹².

A partir dos anos 1980 e 1990 a Reforma Agrária torna-se palavra de ordem na sociedade brasileira. A urgência da implementação dos assentamentos nesse período objetivou sanar ou minimizar conflitos existentes dando pouca importância às questões relativas à pobreza e exclusão social. Apesar dessas iniciativas, a população assentada no país vive em precariedade estrutural quanto ao acesso às políticas sociais e de infraestrutura do campo. Em 2011, como indicado anteriormente, foi instituída a PNSIPCF para garantir o acesso integral e universal à saúde. Apesar disso, a população rural apresenta um perfil mais precário e preocupante em relação à urbana, com a incidência de doenças como esquistossomose, tétano, tuberculose, hanseníase, doença de chagas, agravos advindos do uso sistemático de agrotóxicos, acidentes de trabalho, enfermidades associadas às más condições de saneamento, abastecimento de água e moradia e transtornos mentais¹³.

No caso das comunidades quilombolas, elas surgiram a partir da luta dos negros contra o regime escravocrata, excludente e violador. Homens, mulheres e crianças foram retirados de sua terra natal e deslocados para lugares onde seus costumes e crenças eram silenciados, além de serem obrigados a trabalhar incessantemente e sob condições desumanas. Os quilombos passaram então a ser locais de resistência e luta, a partir da organização social e política dos escravos no Brasil¹⁴.

Atualmente, há uma discussão acerca do termo “remanescente de quilombo”. Alguns estudiosos afirmam que esse termo limita o real significado do que é “ser” quilombola em termos da história de vida de um povo, dos

costumes, das tradições, tratando-se de uma denominação que foi imposta. Outros entendem que não. O mais importante é que as comunidades quilombolas constituem um dos grupos sociais brasileiros mais negligenciados e vulneráveis em relação à saúde. A falta de implantação de políticas públicas e ações afirmativas está relacionada à não titulação dessas comunidades, pois muitas ainda não são reconhecidas legalmente¹⁵. Os negros “ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer”¹⁶.

Como resposta a essa problemática, instituiu-se no Brasil em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como uma estratégia de enfrentamento das injustiças sociais e de reconhecimento do percurso histórico de exclusão e marginalização sofrida pela população negra¹⁷. Faz parte de um rol de iniciativas voltadas às comunidades tradicionais e em situação de vulnerabilidade que referimos anteriormente, encampada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR) em conjunto ao Ministério da Saúde. Tem como base a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, que pelos princípios da transversalidade, descentralização e gestão democrática, exige de toda a sociedade e dos equipamentos sociais que a compõem, a reflexão sobre a questão negra e a desigualdade no país¹⁸.

Contudo, apesar da existência dessas políticas específicas, tanto a população moradora em assentamentos rurais, quanto em comunidades quilombolas, sofrem no que se refere ao acesso ao cuidado integral em saúde, bem como de problemas referentes à organização dos serviços. Torres¹⁸ apresenta alguns fatores que colaboram para a produção das iniquidades de saúde em duas dimensões: a) fatores internos ao setor saúde que incluem: restrições no acesso aos serviços de saúde; qualidade dos serviços; oportunidade de acesso; segregação e discriminação realizadas pelos próprios serviços; b) fatores condicionantes de natureza socioeconômica: nível de renda e tipo de ocupação; lugar de residência; estilos de vida; qualidade e acesso à educação.

Nesse cenário, a Atenção Primária em Saúde, por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), têm um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida desses povos. Segundo Oliveira¹⁹ é na Atenção Primária que se dá o primeiro contato do indivíduo com a equipe de saúde, sendo uma estratégia que se propõe a proteger, restaurar e reabilitar a saúde da população. Ademais, interliga os profissionais da saúde à população e vice-versa, contribuindo para a implementação de políticas públicas e evitando níveis mais complexos de atenção.

A fim de melhorar a qualidade da atenção e da gestão da Atenção Básica em Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um conjunto de ações e atividades no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como uma das principais estratégias indutoras de qualidade, principal desafio atual do Sistema Único de Saúde. O primeiro ciclo ocorreu no período 2011-2013, obtendo a adesão de 17.482 equipes de saúde em 3.972 municípios. No segundo ciclo (2013-2014), a adesão foi de 30.522 equipes, envolvendo equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a participação de 5.077 municípios. No terceiro ciclo (2015-2016), a adesão foi de 95,6% dos municípios brasileiros, participando 38.865 equipes, cobrindo 95,9% equipes de Saúde Bucal e 91,2% equipes NASF. Até o momento foram tornados públicos os microdados do primeiro e segundo ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB, no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A seguir, apresentaremos alguns dados que permitem a discussão sobre como estão organizados atualmente no país os serviços de Atenção Primária para essas populações. A partir disso, refletir sobre os obstáculos à integralidade e acessibilidade ao cuidado em saúde em assentamentos rurais e comunidades quilombolas.

Este estudo tem como proposta analisar a forma como tem se organizado no país os serviços de Atenção Primária para essa população que vive em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Vamos explorar alguns dados a partir de indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)²⁰.

Nossa intenção é gerar informações que possam subsidiar a organização e o planejamento dos sistemas de saúde de forma regionalizada, visando superar as iniquidades existentes em relação ao acesso e estruturação dos serviços, à dinâmica institucional e à organização do trabalho das equipes.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de corte transversal, de natureza quantitativa, com base nas informações constantes nos microdados do processo de avaliação externa do PMAQ-AB. Utilizamos o instrumento do segundo ciclo, composto por 1.244 variáveis, distribuídas em três módulos: módulo I - observação de infraestrutura; módulo II - entrevista com profissionais (ESF e NASF); e módulo III - entrevista com usuários.

Realizamos um tratamento na base de dados do PMAQ-AB de modo a incluir outros indicadores que não constavam originalmente no conjunto de variáveis investigadas. Considerando que as unidades de análise foram os municípios, incluímos variável com classificação ordinal (1-5) para identificar a informação concernente ao porte populacional de cada município, a partir da seguinte estratificação: pequeno porte (municípios com menos de 50.000 habitantes); médio pequeno porte (50.000 a 99.999); médio (100.000 a 299.999); médio grande porte (300.000 a 499.999); e grande porte (acima de 500.000) (Brasil, 2011).

Além disso, incluímos duas variáveis para identificar em cada um dos municípios do banco do PMAQ, a partir de respostas dicotômicas (sim/não), quais equipes de saúde contavam em sua localidade com assentamentos rurais

de reforma agrária e/ou com comunidades quilombolas. Para incorporar essas informações nos baseamos nos dados oficiais sobre projetos de reforma agrária e comunidades quilombolas constantes no relatório nacional do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), complementadas pelos dados da Fundação Palmares, tendo como referência o mês de novembro de 2017.

Por fim, das 1.244 variáveis que compõem o banco do PMAQ-AB, realocamos as variáveis com base nos atributos e componentes da atenção básica utilizados nos estudos que têm se debruçado sobre a temática²¹. Tomamos como referência as variáveis que têm relação direta com a população do campo e da floresta.

Identificou-se somente seis variáveis que tratam diretamente sobre a população do campo e da floresta, relacionadas aos seguintes atributos: a) abrangência ou integralidade, que refere ao reconhecimento pela equipe de saúde do conjunto amplo de necessidades da população, e garantia de todos os tipos de serviços por eles necessitados; b) coordenação do cuidado, que implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços, assim faz-se necessário operar com tecnologias de gestão clínica e mecanismos adequados de comunicação entre profissionais dos diversos pontos de atenção, além da continuidade das ações informacionais para garantia do cuidado; c) orientação para comunidade, que implica reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-adoecimento, a partir do trabalho de territorialização; e d) competência cultural ao reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais, bem como pela integração da equipe com a comunidade.

Quadro 1 - Atributos e componentes da atenção básica a partir das variáveis do PMAQ-AB

Atributos	Componentes
1. Primeiro contato	Horário de funcionamento
	Acolhimento
	Agendamento da consulta na AB
	Atendimento de urgência e emergência
2. Longitudinalidade	Continuidade da relação profissional-paciente
	Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)
3. Abrangência ou Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações
	Resolutividade da AB
4. Coordenação do cuidado	Continuidade informacional
	Ordenamento dos fluxos assistenciais
	Acesso a consultas/exames especializados
	Comunicação direta entre serviços de atenção básica e atenção especializada
5. Orientação para comunidade	Territorialização
	Intersetorialidade
	Participação social
6. Centralidade na família	Abordagem familiar
7. Competência Cultural	Abordagem cultural

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Além das seis variáveis constantes no quadro 2, consideramos os quesitos de identificação das equipes profissionais e dos respectivos

municípios para traçar o perfil dos serviços investigados. As demais variáveis foram desconsideradas, pois não tratavam especificamente de ações envolvendo a população do campo e da floresta.

Quadro 2 - Variáveis relacionadas à população do campo e da floresta de acordo com os atributos e componentes da atenção básica

Módulo 1 - observação de infraestrutura	Módulo 2 - entrevista com profissionais	Atributo	Componente
Territorialização e população de referência da equipe de atenção básica			
	II.13.5.6 Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)	Orientação para comunidade	Territorialização
População rural, assentados e quilombolas			
	II.39.1. A equipe realiza ações direcionadas a população rural, assentados e quilombolas de acordo com as demandas e especificidades do grupo?	Competência Cultural	Abordagem cultural
	II.39.2. A equipe atende a população rural, assentada e quilombolas?	Competência Cultural	Abordagem cultural
II.39.3. Existe transporte disponível para viabilizar o		Abrangência ou Integralidade	Serviços realizados/escopo de ações

atendimento à população?			
	II.39.4. A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?	Coordenação do cuidado	Ordenamento dos fluxos assistenciais
	II.39.5. Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?	Coordenação do cuidado	Continuidade informacional

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares(Referência: Nov/2017).

Quanto à análise dos dados, todas as tabulações, frequências e cruzamentos envolvendo os dados foram executadas por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 21. As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual com tabelas organizadas para cada componente dos atributos.

RESULTADOS

Há no Brasil 7.936 assentamentos de reforma agrária rural, de acordo com o INCRA, enquanto o número de comunidades quilombolas certificadas é de 2.678, de acordo com a Fundação Cultural Palmares. Os assentamentos estão concentrados em maior percentual nos estados das regiões Nordeste e

Norte do país, enquanto as comunidades quilombolas estão nas regiões Nordeste e Sudeste. Quanto à localização, ambos estão concentrados majoritariamente nos municípios do interior, notadamente nas localidades de pequeno e médio porte.

Tabela 1 - Caracterização dos assentamentos rurais e das comunidades quilombolas no Brasil.

		Assentamentos Rurais	Comunidades Quilombolas
Total		7.936	2.678
Região do país	Norte	14,6%	10%
	Nordeste	44,3%	53,8%
	Centro-oeste	14%	6,9%
	Sudeste	13,7%	17,8%
	Sul	13,4%	11,4%
Localização	Capital	0,6%	2%
	Interior	99,4%	98%
Porte dos Municípios	Pequeno	85%	81,3%
	Pequeno-médio	7,9%	9,5%
	Médio	4%	6%
	Médio- grande	0,8%	1,5%
	Grande	2,4%	1,6%

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares (Referência: Nov/2017).

Ademais, dos 5.570 municípios brasileiros, 98,11% deles contavam com equipes da Estratégia Saúde da Família (n = 39.310) ao término do segundo ciclo de avaliação do PMAQ. Como sabemos, 30.522 equipes da ESF aderiram ao PMAQ nesse ciclo, sendo que apenas 11.647 equipes (38,16%) estavam situadas em municípios que possuíam famílias em áreas de assentamento de reforma agrária rural e somente 7.807 (25,6%) em municípios que possuíam famílias em áreas de comunidades quilombolas. Destas, pelo menos 71,4% (n = 8.311) das equipes contavam com módulo de Saúde Bucal nos assentamentos rurais e 63,4% (n = 4.949) em comunidades quilombolas.

Quanto às equipes ESF que contavam com áreas de assentamentos rurais no seu território, a maioria está concentrada na região Nordeste (18,8%), seguida no Sudeste (12,3%), notadamente nas localidades do interior (92,5%), com destaque para os municípios de pequeno porte (56,3%). Sobre as equipes situadas em municípios com áreas de remanescentes de quilombo, a maioria também está concentrada na região Nordeste (29,7%), em localidades do interior (70,5%), com destaque para os municípios de pequeno porte (38,7%) e grande porte populacionais (29,2%).

No segundo ciclo do PMAQ também foram pesquisadas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), perfazendo o total de 1.813 equipes. Esse quantitativo representava na época cerca de 80% das equipes implantadas no país. Quanto à distribuição geográfica das equipes pesquisadas do NASF, 46,1% (n = 835) situam-se na região Nordeste, seguido de 29,3% (n = 531) na região Sudeste; 10,6% (n = 192) na região Sul; 7,3% (n = 133) na região Norte e 6,7% (n = 122) na região Centro-Oeste. Quanto à localização 1.537 (84,8%) situam-se nos municípios do interior e 276 (15,2%) nas capitais. Sobre o porte populacional, 54% (n = 979) localizam-se nos municípios de pequeno porte populacional; 17% (n = 308) de grande porte; 13,3% (n = 242) de médio pequeno porte; 11,7% (n = 213) de médio porte e 3,9% (n = 71) de médio grande porte.

Sobre os itens do instrumento do PMAQ que trataram especificamente das ações e atendimentos desenvolvidos pelas equipes da atenção básica junto às populações rurais, percebe-se que 50,6% (15.045) das equipes ofertam ações de promoção e prevenção em saúde, enquanto 47% (14.294) prestam atendimento clínico. Somente 35,8% (n = 4.058) das equipes contam com transporte para a realização de visitas e atividades em assentamentos rurais, enquanto em áreas de comunidades quilombolas o percentual foi ainda menor, alcançando apenas 26,9% (n = 2.030) das equipes.

Tabela 2 - Caracterização das equipes da ESF que aderiram ao PMAQ e contam com assentamentos rurais e comunidades quilombolas em seus territórios de abrangência.

		Assentamentos Rurais		Comunidades Quilombolas	
		N	%	N	%
		11.647	38,16	7.807	25,6
Região do país	Norte	1.431	12,3	658	8,4
	Nordeste	5.691	48,9	3.717	47,6
	Centro-oeste	1.277	11	482	6,2
	Sudeste	2.188	18,8	2.321	29,7
	Sul	1.060	9,1	629	8,1
Localização	Capital	870	7,5	2.301	29,5

	Interior	10.777	92,5	5.505	70,5
	Pequeno	6.562	56,3	3.019	38,7
Porte dos Municípios	Pequeno- médio	1.630	14	852	10,9
	Médio	1.686	14,5	1.055	13,5
	Médio- grande	649	5,6	598	7,7
	Grande	1.120	9,6	2.283	29,2

Fonte: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/INCRA e Fundação Cultural Palmares (Referência: Nov/2017).

DISCUSSÃO

Acena-se para importância de certos fatores que determinam o acesso da população aos serviços: o financiamento, a disponibilidade e a regionalização de unidades e equipes de saúde; a disponibilidade de recursos tecnológicos e recursos humanos qualificados; além de recursos que facilitem a mobilidade dos profissionais de saúde para se deslocarem até as comunidades que ficam em áreas distantes do chamado núcleo “urbano” das cidades ou mesmo em áreas rurais. Tais dificuldades impactam no acesso à saúde das populações que vivem em contextos rurais e no desenvolvimento de ações territoriais de forma ampla, levando em conta a diversidade cultural da população assistida²².

Desse modo, não custa lembrar que as desigualdades sociais não são expressas apenas individualmente quando a população adoece de problemas negligenciados como a dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras. As condições de vida atravessadas por marcadores como a pobreza, a fome, a falta de acessos à

educação, trabalho, renda e demais recursos de proteção e suporte social e comunitário acabam por manter o quadro de iniquidades e vulnerabilidades que assola certas regiões e populações do país, especialmente as que vivem nos contextos rurais²³.

O objetivo da atenção básica em saúde é oferecer acesso universal, com serviços abrangentes, além de expandir e coordenar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, articulando ainda com ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças²⁴. Apesar de todos os avanços na atenção básica nas duas últimas décadas e, de forma complementar, o estabelecimento de uma política de saúde específica para os povos dos campos, das florestas e das águas, bem como para população negra, a dificuldade de acesso dessas populações à rede SUS ainda é uma realidade. Tal quadro impacta na realização de todos os outros atributos da atenção básica para essas populações: orientação para a comunidade, centralidade na família, competência cultural, longitudinalidade e coordenação do cuidado, e integralidade das ações²⁵.

Nesses termos, as equipes da Atenção Básica (ESF e NASF) acabam não tendo o alcance necessário junto às áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas, seja para realizar ações promocionais e preventivas em saúde, seja para a oferta de atendimentos clínicos e acompanhamentos. A gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção da rede local e regional fica comprometida. Identificamos que apenas 41,1% (n = 4.653) das equipes realizam ações desta ordem junto aos assentamentos rurais, enquanto em áreas de comunidades quilombolas o índice foi de 31,2% (n = 2.352). Trata-se, sem dúvida, de um delicado quadro de exclusão e iniquidade associados à falta de coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos assistenciais junto aos povos rurais e/ou tradicionais.

Outro dado que chama atenção diz respeito às condições básicas de vida nessas localidades, que é o acesso e o armazenamento da água para consumo e sobrevivência. A existência de cisternas em áreas de assentamentos rurais foi

confirmada por 47,2% (n = 5.344) das equipes, enquanto em áreas com comunidades quilombolas foi confirmada por somente 42,8% (n = 3.225) das equipes. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, as comunidades que vivem em zonas rurais são as mais atingidas por falta de saneamento básico e as que mais bebem água sem tratamento²⁶.

Além disso, o Nordeste brasileiro, devido, sobretudo, aos períodos de seca e estiagem que enfrenta, é uma das regiões do país mais atingida pela falta de água. A falta de cisternas para armazenar água da chuva, açudes, poços, lagoas, dentre outros, torna-se, portanto, um agravante. Além do mais, não raro, muitas famílias recorrem à água de fontes contaminadas, pois muitas comunidades vivem à margem de rios, lagos e poços impróprios para o consumo humano. Outra consequência é a presença de doenças recorrentes em função de condições inadequadas de saneamento e pouca orientação em relação ao uso adequado da água. Os povos tradicionais que vivem no Amazonas são frequentemente acometidos por espécies de helminto, provocando doenças intestinais que refletem as precariedades do ambiente e as desfavoráveis condições em que vivem²⁷.

Outro agravante é que somente 46% (n= 5.269) das equipes confirmaram que os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água em áreas de assentamentos rurais, enquanto nas comunidades quilombolas 42% (n= 3.169) das equipes confirmaram a realização dessa ação. A falta de orientação em relação ao tratamento adequado da água e em relação à manutenção e limpeza dessas cisternas pelas equipes de saúde acaba acarretando alguns problemas endêmicos relacionados a doenças infecciosas de veiculação hídrica aumentando assim as taxas de mortalidade, sobretudo, mortalidade infantil. É notório que a construção dessas cisternas foi um avanço, mas não basta apenas construir, é preciso orientar essas comunidades sobre os cuidados a serem adotados em relação à água e a manutenção dos reservatórios de

armazenamento, a fim de minimizar os riscos de contaminação e consequentemente de doenças²⁷.

É interessante mencionar ainda que o saneamento básico não se resume apenas a construção de instalações adequadas para o abastecimento público de água potável. Inclui-se ainda ações de coleta, transporte e descarte do lixo em lugares apropriados, bem como tratamento, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Tais ações se aliam ainda às políticas sociais e econômicas que são indispensáveis para proteção e redução do risco de doenças, assegurando ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde²⁸. Nesse sentido, ressalta-se a urgência de considerar o humano, a biologia, o estilo de vida e o ambiente enquanto componentes que determinam diretamente os modos de vida e as condições de saúde de diferentes grupos sociais. Diante disso, é perceptível que a saúde atravessa também a questão da desigualdade social¹².

O uso de agrotóxicos também é uma problemática que afeta diretamente a vida dos povos tradicionais. Trata-se de produtos químicos que têm a função de combater pragas em animais e doenças nas produções agrícolas (em larga escala ou na agricultura familiar). Esses produtos começaram a ser utilizados no Brasil por volta da década de 1940, tornando o país, em 2008, o principal mercado consumidor de agrotóxicos no mundo. Esse crescimento ocorreu em função do fomento e incentivos financeiros do governo federal para o aumento da produção e desenvolvimento econômico do país²⁸.

Apesar disso, apenas 26,8% (n = 3.032) das equipes da Atenção Básica (ESF e NASF) afirmaram realizar orientação à população quanto ao uso seguro de agrotóxicos tratando-se de assentamentos rurais e 19,3% (n = 1.454) tratando-se comunidades quilombolas. O uso de agrotóxicos traz inúmeros riscos e impactos à saúde humana, dentre eles estão o risco de desenvolvimento de alguns tipos de câncer, intoxicação aguda, irritação nos olhos e mucosas causando alergias de pele e crises de asma brônquica, além de seu uso também estar associado à diminuição da atividade visual e ao parkinsonismo. Devido à

sua ação no sistema nervoso central e, nos casos de exposição intensa, provocam faringite, dermatite, conjuntivite e bronquites, além de problemas nos sistemas neurológicos, respiratório, reprodutivo, cardiovascular, disfunções oculares, gastrointestinais e cutâneos também podem estar associados ao uso dessas substâncias²⁹.

Diante do exposto, percebe-se que, apesar do esforço na implementação de políticas públicas em saúde específicas para os povos tradicionais, as iniquidades em que vivem essas populações torna ainda mais urgente a necessidade de investigações para avaliar o acesso e a organização das ações em saúde para esses povos. Formas discriminatórias relacionadas ao racismo institucional reforçam e aprofundam tal quadro de desigualdades, gerando diferenciais de acesso e oferta de ações em saúde em comunidades quilombolas³⁰.

O racismo institucional caracteriza-se por comportamentos, práticas e normas discriminatórias praticadas no dia a dia do trabalho e dos serviços que têm como consequências a reprodução de estereótipos e preconceitos racistas, produzindo obstáculos e barreiras de acesso a certos serviços, inclusive, no campo das políticas de direitos⁴. Apesar da temática do racismo ter crescido nos últimos anos, a discussão específica sobre o racismo institucional é relativamente nova³⁰. Carneiro²⁹ atribui, inclusive, ao fato das instituições não se reconhecerem enquanto reprodutoras desse tipo de racismo, em função da falsa ideia de democracia racial de harmonia e igualdade entre as raças. É interessante afirmar que ao longo do tempo o Estado vem legitimando o racismo institucional ao dispor de políticas que acabam tornando o acesso desigual aos diferentes grupos étnicos. Esse tipo de racismo apresenta-se de forma sutil e não se reduz a atos isolados de indivíduos, mas sim de todo o sistema que produz e fomenta essas desigualdades.

Desse modo, não é possível pensar o exercício da cidadania, inclusive no âmbito da saúde, descolado das questões raciais. Perceber como as instituições estão diretamente envolvidas no processo de desigualdade racial e

como a sociedade internaliza esse processo e contribui para a sua manutenção ou minimização, é um desafio para os trabalhadores e gestores da saúde e demais políticas públicas. Souza afirma que o acesso e as oportunidades da população negra em relação aos serviços de saúde aumentaram³¹. Porém, os índices históricos em relação à desigualdade entre negros e brancos não estão sendo significativamente alterados. Na medida em que as instituições não fornecem informações sobre as populações historicamente negligenciadas ou afirmam que não realizam ações e não atendem essa população estão praticando o racismo institucional, já que teoricamente o Estado deveria fornecer todo o aparato técnico, estrutural e humano para que todas as pessoas tivessem acesso aos cuidados em saúde. Os resultados obtidos neste estudo só reforçam que é preciso avançar nas discussões étnico-raciais e na temática do racismo institucional, tão invisibilizado no dia a dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou discutir a forma como tem se organizado no país os serviços de Atenção Primária para a população que vive em áreas de assentamentos rurais e comunidades quilombolas. Nesse sentido, destacamos que a despeito da distribuição majoritária de equipes da ESF e NASF em regiões do país que apresentam perfil mais precário em termos das condições de vida da população, especialmente a rural, como é o caso do Nordeste brasileiro, alguns problemas ficam evidentes em relação à organização da oferta de cuidados em saúde nessas áreas. Há problemas de ordem estrutural, de recursos humanos e financeiros em grande parte dos municípios de pequeno porte que afetam diretamente o planejamento da atenção. Além disso, parece que a realidade das condições de vida dessas populações não só é desconhecida, como não alimenta o cotidiano do trabalho das equipes da Atenção Primária, incluindo os ACS.

Fica evidente que em termos de acessibilidade, esses moradores, em particular, os de comunidades quilombolas, enfrentam muitos obstáculos e

seguem excluídos dos cuidados básicos de saúde. Se considerarmos que as equipes da Atenção Primária deveriam desenvolver ações permanentes voltadas para a comunidade, levando em conta as condições étnicas, de acordo com suas demandas e especificidades, coordenadas com os outros níveis de atenção do SUS, os resultados do PMAQ apontam para a manutenção do cenário histórico de negligência em relação à população rural. É necessário investir em uma reorganização dos processos de trabalho, potencializando as tecnologias já utilizadas nesse nível de atenção como é o caso das visitas domiciliares, da presença do ACS no território de vida dessas pessoas, dos saberes e modos de vida próprios dessas comunidades, ampliando assim a capacidade resolutiva das equipes e a sustentabilidade dos vínculos entre profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

1. Little PE. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. (No. 322); 2002.
2. Diegues AC. Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil. São Paulo: MMA/COBIO/NUPAUB/USP. 2000;211 p. Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/handle/1/750>.
3. Costa Filho A. Quilombos e povos tradicionais. *Grupo de Estudos em Temáticas*. 2011. Disponível em: https://conflitosambientaismg.lcc.ufmg.br/wp-content/uploads/2014/04/TAMC-COSTA_FILHO_Aderval_Quilombos_e_Povos_Tradicionais.pdf.
4. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União. 7 fev de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm.
5. Pereira BE, Diegues AC. Conhecimento de populações tradicionais como possibilidade de conservação da natureza: uma reflexão sobre a perspectiva da etnoconservação. *Desenvolvimento e Meio ambiente*, 2010. <http://dx.doi.org/10.5380/dma.v22i0.16054>.
6. Thum C. Povos e Comunidades tradicionais: aspectos históricos, conceituais e estratégias de visibilidade. *REMEA-Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*. 2017;162-179. <https://doi.org/10.14295/remea.v0i0.6899>.

7. Silva SP. A agricultura familiar e suas múltiplas interações com o território: Uma análise de suas características multifuncionais e pluriativas. 2015;No. 2076. Disponível em:<https://hdl.handle.net/10419/121700>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, & Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. 2013. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
9. Dutra RMS, Souza MMO. Impactos negativos do uso de agrotóxicos à saúde humana. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2017;13(24), 127. Disponível em:<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/34540>.
10. Martins AFG. Potencialidades transformadoras dos movimentos camponeses no Brasil contemporâneo: as comunidades de resistência e superação no MST. 2004. Disponível em:<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3877>.
11. Leite JF, Dimenstein M. Psicologia e contextos rurais. *Natal: EDUFRN*; 2013.
12. Bergamasco SMPP. A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. *Estudos avançados*. 1997;11(31), 37-49.<https://doi.org/10.1590/S0103-40141997000300003>.
13. Norder LAC. Assentamentos rurais: casa, comida e trabalho. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 1997. Disponível em:<https://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/278983>.
14. Leite IB. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*. 2000;4(2), 333-354. Disponível em:http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_04/N2/Vol_iv_N2_333-354.pdf.
15. Silva MGD. A titulação das terras das comunidades tradicionais quilombolas no Brasil: análise da atuação do Estado. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo; 2017. <https://doi.org/10.11606/T.8.2018.tde-09042018-155054>.
16. Cotrim IA, Silva LDJ, Souzas R. Cenários Da Saúde Da População Negra No Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143517>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral da população negra: Uma política do SUS. 2013. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf.

18. Pinto EA, Souza R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2002;18(5):1144-1145. Disponível em:<https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18n5/1144-1145/>.
19. Estenssoro LER. (2003). *Capitalismo, desigualdade e pobreza na América Latina*. (Tese de doutorado). São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2003.
<https://doi.org/10.11606/T.8.2003.tde-23102003-072125/>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável- PAB Variável. *Diário Oficial da União*. 19 jul de 2011. Disponível em:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
21. Lima JG., Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*. *Novos Caminhos*. 2016;(12). Disponível em:<http://www.regiaoeredes.com.br>.
22. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011;20, 867-874.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
23. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*. 2016;25, 535-549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.
24. Paim JS, Travassos CMDR, Almeida CMD, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011;377(9779):11-31. Disponível em:<https://arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>.
25. Pereira PA. *Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez; 2008.
26. Santos JLA, Dias SMF. Análise da percepção de atores envolvidos em programa de Educação Ambiental aplicado na implantação de cisternas rurais. *Revista Brasileira de Educação Ambiental (RevBEA)*. 2015;10(3):41-59.
<https://doi.org/10.34024/revbea.2015.v10.1928>.
27. C Magalhães Filho FJC, Paulo PL. Abastecimento de água, esgotamento doméstico e aspectos de saúde em comunidades Quilombolas no Estado de Mato Grosso do Sul. *Interações*. 2017;18(2):103-116.
<https://doi.org/10.20435/inter.v18i2.1435>.

28. Follador K, Prado GP, Passos MG, Nothaft SC. Saneamento básico: meio ambiente e saúde. *Revista UNINGÁ Review*. 2015;23(1). Disponível em:<https://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1636>.
29. Carneiro FF. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. *EPSJV/Expressão Popular*; 2015.
30. Biato SV, Oliveira APB. Racismo Institucional na Saúde. *MOITARÁ-Revista do Serviço Social da UNIGRANRIO*. 2019;1(3):118-138. Disponível em:<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/mrss/article/view/5485/293>.
31. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2010;14(4):322-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010005000019>.

Artigo

Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência neoclássica

Private health in Brazil by the health economics: the neoclassical persistence

Medicina prepaga en Brasil por la economía de la salud: la persistencia neoclásica

Leonardo Carnut¹

Jonas Sona de Miranda Pires²

Áquilas Mendes³

RESUMO: O artigo tem como objetivo foi analisar a literatura específica em economia da saúde, publicado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) entre 2004 e 2012, que abordam o tema de saúde suplementar realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica neste campo. Este artigo está organizado em 4 partes. A primeira busca apresentar os contextos históricos que facilitam a compreensão do SUS atual, não deixando de lado a elucidação de definições que possam contribuir para o entendimento estrutural da saúde pública brasileira. A segunda parte trouxe esclarecimentos sobre o modelo de saúde suplementar, através de planos de saúde e a complexa combinação (ou mescla) entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde (ANS). A terceira parte realiza a revisão da produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem a saúde suplementar e planos de saúde tentando identificar a retórica científica hegemônica sobre este tema criticando-a à luz da perspectiva da economia política.

Palavras-chave: Economia Política, Economia da Saúde, Sistema Único de Saúde, Seguros e Planos Privados de Saúde, Conhecimento.

1 leonardo.carnut@unifesp.br

2 jonas@gmail.com

3 aquilasmendes@gmail.com

ABSTRACT: The article aims to analyze the specific literature on health economics, published by the Brazilian Association of Health Economics (Abres) between 2004 and 2012, which addresses the topic of supplementary health, criticizing the persistence of the neoclassical approach in this field. This paper is organized in 4 parts. The first seeks to present the historical contexts that facilitate the understanding of the current SUS, without neglecting the elucidation of definitions that may contribute to the structural understanding of Brazilian public health. The second part brought clarifications about the supplementary health model, through health plans and the complex combination (or mixture) between public and private under the regulatory view of the National Health Agency (ANS). The third part performs the review of knowledge production in health economics by Abres, specifically on issues involving supplementary health and health plans trying to identify the hegemonic scientific rhetoric on this topic, criticizing it in the light of the political economy perspective.

Keywords: Political Economy, Health Economics, Unified Health System, Insurance and Private Health Plans, Knowledge.

RESUMEN: El artículo tiene como objetivo analizar la literatura específica sobre economía de la salud, publicada por la Asociación Brasileña de Economía de la Salud (Abres) entre 2004 y 2012, que aborda el tema de la salud complementaria, criticando la persistencia del enfoque neoclásico en este campo. Este artículo está organizado en 4 partes. El primero busca presentar los contextos históricos que facilitan la comprensión del SUS actual, sin descuidar la explicación de las definiciones que pueden contribuir a la comprensión estructural de la salud pública brasileña. La segunda parte trajo aclaraciones sobre el modelo de salud complementario, a través de planes de salud y la compleja combinación (o combinación) entre público y privado bajo la visión reguladora de la Agencia Nacional de Salud (ANS). La tercera parte realiza la revisión de la producción de conocimiento en economía de la salud por parte de Abres, específicamente sobre temas que involucran planes de salud y salud complementaria que intentan identificar la retórica científica hegemónica sobre este tema, criticando a la luz de la perspectiva de la economía política.

Palabras clave: Economía Política, Economía de la Salud, Sistema de Salud Unificado, Seguros y Planes de Salud Privados, Conocimiento.

INTRODUÇÃO

Mesmo sob o espinhoso caminho percorrido para a implementação do SUS, é necessário reconhecer que este sistema é a mais importante conquista social pós-redemocratização. Contudo, cabe ressaltar que as dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde, e, dentro de todo este contexto histórico vivenciado tem sufocado seu caráter único. O contínuo embate promovido pelos acadêmicos progressistas e atores do movimento sanitário versus os setores mais reacionários e mercantilistas-liberais tencionaram a saúde à lógica de mercado tornando-a, cada um a seu modo, motivo de infundáveis possibilidades de lucro. Por isto, neste estudo, apontaremos o papel controverso da saúde suplementar e, também, como cada vez mais os planos e hospitais privados se fartam de fatias generosas do fundo público nacional.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a literatura específica em economia da saúde, publicado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) entre 2004 e 2012, que abordam o tema de saúde suplementar realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica neste campo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi separar o ‘joio’ do ‘trigo’, como versa o adágio popular, ou seja, selecionar e quantificar os artigos, ensaios e teses que tratam da saúde privada com olhar fundamentado nas teorias neoclássica e de econômica política. A intenção é ajudar a compreender a retórica científica que ajudou a justificar a saúde (e o SUS) como objeto de mercantilização por este mecanismo.

Desta forma, este estudo está organizado em 4 partes. A primeira busca apresentar os contextos históricos que facilitam a compreensão do SUS atual, não deixando de lado a elucidação de definições que possam contribuir para o entendimento estrutural da saúde pública brasileira. Nesta parte inicial, procurou-se por meio de uma revisão narrativa, discorrer brevemente sobre o modelo de saúde pública anterior à Constituição Federal de 1988. Assim, não foi deixado de lado o esforço dos intelectuais que idealizaram a reforma

sanitária, bem como, a luta pela construção de um sistema de saúde que fosse universal e público.

A segunda parte deste estudo trouxe esclarecimentos sobre o modelo de saúde suplementar, através de planos de saúde e a complexa combinação (ou mescla) entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde (ANS). Evidentemente que, desde sua implementação, o SUS sofre o intenso assédio das forças privatizantes e segue sendo cronicamente subfinanciado pelo Estado como forma de ceder a estas pressões. A valer, convive-se com a dicotomia entre o asfixiado sistema público e o subvencionado sistema privado (pelo Estado), o que torna esta batalha desigual, controversa e compromete a busca pela universalização do sistema.

Posteriormente, na terceira parte deste estudo é realizada a revisão da produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem a saúde suplementar e planos de saúde tentando identificar a retórica científica hegemônica sobre este tema. Para tal, foram selecionados trabalhos produzidos por autores que se dedicam ao estudo da economia da saúde e que foram compilados em uma clássica publicação desta entidade: “*A produção de conhecimento em Economia da Saúde Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*”. Este documento foi produzido pela Abres em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E O SUBSISTEMA PRIVADO: DETERMINANTES HISTÓRICOS

Historicamente, podemos dizer que é consenso entre os autores que se debruçam sobre o estudo do surgimento da Saúde Pública brasileira, que, assim como na maioria dos países, o Brasil teve a assistência à saúde originada a partir da filantropia. De acordo com Carvalho (2013)¹, parte da população era atendida pelas instituições e médicos filantropos, e, paralelamente a isso, o

Estado fazia esporadicamente ações de saúde frente às de epidemias, como ações de vacinação e de saneamento básico no final do século XIX e início do XX. Esse movimento esteve associado às atividades beneficentes e filantrópicas, principalmente de entidades ligadas a instituições religiosas, como por exemplo, a implementação das Santas Casas de Misericórdia.

Para Batich (2004)², a participação do Estado na gerência no sistema de saúde assim como do sistema previdenciário brasileiro foi lenta e gradual. O autor descreve que o primeiro ato governamental de intervenção nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores de ferrovias.

Finkelman (2002)³ discorre em sua obra sobre a pressão exercida sobre o patronato pela classe trabalhadora, e como esta conquistou direitos trabalhistas e sociais ao longo da primeira metade do século XX, como pode ser visto abaixo em destaque:

Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições. Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953. Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal, ainda que limitado aos casos de urgência³ (p. 237).

Portanto, pode-se afirmar que, a interação entre o público e o privado sempre foi estreita nos modelos de saúde nacional já se encontra desde seu nascedouro. A rede hospitalar privada, em meados dos anos 1950, era superior à rede pública existente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. Contudo, seu custeio e financiamento eram cada vez mais patrocinados pelo poder público.

A relação público/privado manteve-se de dependência mútua no que se refere à oferta de saúde, como pode ser demonstrado pelo Plano de Metas para a Saúde, elaborado em 1963 como parte do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico, onde se estimou que aproximadamente 62% do total de leitos hospitalares no Brasil eram provenientes da iniciativa privada e dependentes do auxílio financeiro da União para o seu custeio⁴.

Para Paim (2003)⁵, no Brasil, a ideia de integração das ações preventivas e curativas em redes regionalizadas e hierarquizadas foi experimentada entre as décadas de 1960-70 e inspirou o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), como também o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e o Plano de Reorientação da Assistência da saúde no âmbito da Previdência Social. Contudo, para o autor apenas no início da década de 1980 que o princípio da integralidade se tornou mais explícito com o programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A organização sanitária brasileira, até a década de 1980, caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de serviços de saúde e pela profunda dicotomia observada entre as práticas de promoção e prevenção de saúde. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais arcavam com os programas educacionais e atividades de imunização. No nível federal, o Ministério de Saúde chamava para si o controle infecto parasitário de maior relevância, como tuberculose, hanseníase, malária e Doença de Chagas. Competia à estrutura previdenciária o atendimento de seus pacientes

específicos, (segurados da Previdência Social), e aos hospitais universitários cabia o atendimento às doenças mais complexas, assim como uma parcela de internações dos pacientes não segurados⁶.

Mas como afirma Massako Iyda (1994)⁷, é pertinente lembrar que vários autores que descrevem esse período não apresentam a devida precisão analítica sócio-histórica. Segundo a própria autora, tem-se que:

O predomínio da assistência médico-hospitalar privada mostra o equívoco de alguns autores brasileiros que afirmam que esta se expande pós-64. Realmente neste período, verifica-se uma nova expansão, cujo caráter mais empresarial corresponde às novas condições da sociedade brasileira; contudo, a rede privada **sempre foi dominante e privilegiada pelos regimes governamentais**⁷ (p. 69) [grifo nosso].

Em paralelo ao modelo de saúde estabelecido durante os anos de ditadura militar, ganham corpo os movimentos de resistência ao modelo biomédico e as formas privadas que mercadorizam a saúde, abrindo espaço para constituição do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Os especialistas e intelectuais combativos aos regimes que adensavam a privatização da saúde, inclusive aqueles de regime ditatorial militar, foram, em toda América Latina encabeçados por: Juan César Garcia, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donnangelo e Sérgio Arouca. Estes militantes dedicaram-se ao ensino da medicina preventiva e social, onde nesse fértil campo para discussão lideraram este movimento de vanguarda que pleiteou a universalização da saúde na latinoamérica e também no Brasil.

Finalmente, com a redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, trouxe em seu artigo 196, a questão da saúde como um direito de todos os cidadãos e impõe ao Estado o dever de assumir essa obrigação, caracterizando assim a primeira experiência brasileira de uma política social de caráter universal. A novidade da Constituição para os brasileiros, diz respeito à garantia da extensão da prestação de saúde a todos, independentemente da situação dos vínculos empregatícios do trabalhador. Portanto, desde então, cabe

ao Estado cuidar da assistência pública, da elaboração de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas⁸.

Menicucci (2003)⁹ concorda que a nova Carta Constitucional acrescentou importantes inovações ao estabelecer o direito à saúde, sendo definidos novos princípios e diretrizes para orientar a política voltada ao setor. O novo paradigma constitucional alterou significativamente o padrão anterior, pois garantiu o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, rompendo assim com o modelo baseado na meritocracia da assistência à saúde – isto é, o acesso vinculado ao “mérito” do vínculo empregatício.

Santos (2009)¹⁰ compreende que o subfinanciamento federal ao SUS provocou a precarização das relações de trabalho em saúde, além da baixa remuneração aos trabalhadores do SUS, forçando as terceirizações e abrindo campo para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), e, segundo o autor, consolidando o fenômeno da privatização por dentro do SUS. Ainda de acordo com Santos (2009), a atual política de asfixiamento financeiro do sistema atinge os três níveis de atenção em saúde de forma desigual: muito mais a Atenção Básica, menos a assistência de média complexidade e quase nada na alta complexidade, o que inviabiliza o cumprimento das diretrizes constitucionais voltadas ao setor saúde.

Mesmo sendo cronicamente subfinanciado¹¹ e sob assédio do mercado e dos grupos políticos interessados na mercantilização da saúde, o SUS conseguiu sobreviver. Para se ter uma ideia do que ele representa, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, o sistema possuía 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O modelo brasileiro de atenção à saúde pública é um dos maiores do mundo. O sistema realiza aproximadamente 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, e quase 10 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia, além de 11 milhões de internações hospitalares¹².

Quanto à organização e estruturação burocrática do SUS, preconizou-se pela descentralização da gestão, compreendida em três esferas de poder (federal, estadual e municipal), obviamente que, entre os entes federativos mencionados, o governo federal concentra mais recursos financeiros, assim como mais atribuições¹³.

Entretanto, o modelo de descentralização da saúde implementado no Brasil não é unanimidade entre os estudiosos da área. De acordo com Elias (1996)¹⁴, alguns pressupostos como o fato da esfera municipal de governo estar mais próxima da população é algo positivo, porém, o autor questiona sobre a capacitação técnica da esfera local para exercer as atribuições que lhe são conferidas, dentro de uma realidade imposta caracterizada pela escassez de recursos financeiros que inviabilizam o cumprimento dos compromissos assumidos pelos municípios. Em concordância com Elias (1996)¹⁴, Mendes e Santos (2000)¹⁵, afirmam que o processo de descentralização, implicou aos municípios alocar recursos próprios em saúde, principalmente após o (sub)financiamento crescente dos recursos federais, agravado a partir de 1993 forçando-os à saídas privadas de prestação de serviços com isso, de acordo com os autores, além da obrigação financeira, recai sobre os ombros do município a total responsabilidade da gestão dos serviços de saúde com o agravante da esfera municipal não mais contar com a coordenação central.

Luz (2000)¹⁶ compreende que, paradoxalmente, o modelo de descentralização da saúde brasileira contempla os anseios dos governos neoliberais da década de 1990, pois, pode-se dizer que a União transfere responsabilidades para os estados e municípios no sentido de se eximir, e, poder de certa maneira cobrar dessas unidades incumbências referentes às funções delegadas, sendo este fenômeno mais um elemento que proporcionou um peso à gestão municipal forçando-a a conveniar-se com o subsistema privado por falta de capacidade instalada.

SAÚDE SUPLEMENTAR E PLANOS DE SAÚDE: O ‘AMIGÁVEL’ INTRUSO

As indiscutíveis conquistas sociais dos brasileiros com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, assim como o desenvolvimento e consolidação do SUS se desenrolaram sob a desfavorável conjuntura econômica e política do Brasil dos anos 1990. Esta foi marcada pela inclinação privatizante e degradação da proteção social que vem na esteira da retomada liberal que atingiu a América Latina.

Chesnais (1996)¹⁷ assinala com lucidez sobre esse momento histórico no mundo ao descrever que as políticas de liberalização vieram acompanhadas de privatizações, desmantelamento de conquistas sociais e aprofundamento da desigualdade social. O recém-nascido SUS, não ficou imune a esse processo e as forças privatizantes assim como os interesses mercadológicos na saúde prevaleceram, com isso, o sistema de saúde com foco no mercado subsidiado ganhou fôlego sendo impulsionado pelo Estado. Bahia, Simmer e Oliveira (2004)¹⁸, diferentemente de Chesnais (1996)¹⁷, ao se concentrar no estudo do caso brasileiro, direciona o seu ensaio ao específico no campo da saúde. Neste sentido, a autora busca compreender como o mercado e as proposições liberais e privatizantes se apresentavam como alternativa anteposta à premissa básica do SUS que é a universalização dos cuidados de saúde. Os autores trazem mais detalhes que problematizam este quadro:

No final da década de 80, as evidências sobre a importância do “mercado” para a assistência à saúde de parcela significativa da população adquiriram especial dramaticidade quando arroladas para justificar as proposições neoliberais privatizantes. Seus formuladores nutridos da “realidade” de um sistema já privado consideravam que bastava regulamentar a oferta de assistência privada, através da transferência da contribuição previdenciária para as empresas que comercializam planos de saúde. O modelo chileno era apontado como paradigma de modernidade e eficiência por referência à falência do sistema público brasileiro. Os adeptos da privatização argumentavam que, ficando livre de uma parte da demanda,

o SUS poderia dedicar seus recursos integralmente à assistência dos pobres. A focalização da assistência anteposta à universalização se apresentava como alternativa racional à insensatez da manutenção de um financiamento público obrigatório para quem não utilizava o SUS e podia pagar planos/seguros saúde¹⁸ (p. 10).

Menicucci (2003)⁹ pondera que ao mesmo tempo em que se realizou verdadeiramente a reforma do sistema de saúde brasileiro com o advento do SUS, as mudanças, por mais contraditórias que pareçam, foram limitadas pela antiga estrutura institucional pré-SUS, cujo peso histórico de suas ações não foi capaz de desmontar-se. Optou-se, dessa forma, por uma dupla trajetória, a da assistência pública e privada, como a última não foi regulamentada adequadamente, preservou-se a continuidade do sistema anterior.

Na prática, foi construído no Brasil um *sistema híbrido de saúde* (ou também conhecido como “dual”)¹⁹, uma miscelânea complexa e desigual entre o modelo público e privado. Com a reforma sanitária e o próprio advento do SUS, os sistemas privados e filantrópicos não foram incorporados ou estatizados, ao contrário, foram alimentados e desenvolvidos pelo Estado. Este setor privado permanece dividido em dois subsetores: o subsetor de saúde suplementar (composto pelos planos e seguros privados de saúde) e o subsetor clássico e liberal (composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, em que os profissionais da saúde de maneira autônoma estabelecem suas agendas, as condições de tratamento e remuneração e os pacientes acessam por ‘desembolso direto’ – *out-of-pocket*)²⁰.

A base de sustentação econômica do mercado de planos e seguros privados de saúde se dá por meio de um mecanismo de cooperação voluntária conhecido como mutualismo, onde muitos indivíduos contribuem para que alguns poucos possam utilizar os recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento das despesas médicas, realizadas direta ou indiretamente. Mediante um plano ou seguro privado de saúde, o consumidor é capaz de estabilizar a variação de sua renda diante de eventos

inesperados que possam afetar a sua saúde física e, por consequência, a sua saúde financeira.

No que tange aos profissionais prestadores de assistência da iniciativa privada, estes, são credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema²⁰. As cooperativas médicas, são regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo, oferecem assistência aos associados por meio de contratos coletivos, familiares e individuais que prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados médicos e outros profissionais da área de saúde²¹.

Já a saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde com financiamento privado, entretanto, o setor é beneficiado por subsídios públicos e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); ainda segundo Pietrobon (2008)²⁰, a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surgiu tardiamente, após dez anos da instrumentalização do SUS pela Constituição Federal. De acordo com Pinto e Soranz (2014)²², antes da lei 9.656/98 não era prevista cobertura mínima definida para os planos de saúde, sendo esta estipulada unicamente entre os contratos firmados entre as operadoras e as pessoas que desejassem adquirir um plano. Os autores ainda prosseguem ao esclarecer que as operadoras privadas de saúde excluía de seus contratos os portadores de doenças crônico-degenerativas, infecciosas e limitavam os tratamentos de alto custo. Outras práticas comuns e despropositadas eram as restrições contratuais quanto à idade dos usuários²².

Conforme Bahia e Scheffer (2012)²³, no continente americano, o Brasil, Canadá, Costa Rica e Cuba, consideram que o direito à saúde é um direito universal, sendo que, para outros países existem normas específicas que legitimam a segmentação dos seus sistemas de saúde. Todavia, ao contrário dos países citados, no Brasil, o sistema público convive com o mercado privado de

planos e seguros de saúde²³. Para os autores, as principais diferenças entre planos e seguros de saúde são:

- 1- Quanto à natureza das empresas que comercializam os contratos, as seguradoras integram o sistema financeiro, enquanto as empresas de planos são regidas por outro ordenamento jurídico e tributário;
- 2- Em decorrência da natureza do contrato de seguro, os seguros de saúde necessariamente admitem a livre escolha dos prestadores de serviços mediante reembolso, enquanto para as empresas de planos de saúde a modalidade de reembolso é opcional²³ (p. 428).

Ainda, sobre este assunto (quadro 1) é apresentado de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde²⁴ as diferentes modalidades que constituem o campo da saúde suplementar, o tipo de gerenciamento, e o público consumidor deste serviço de saúde privado.

<Inserir Quadro 1>

O segmento privado representado pela saúde suplementar prosperou de maneira auspiciosa em todo o país. De acordo com a ANS (2019)²⁵, atualmente são 47,36 milhões de usuários de planos de assistência, desse montante, cerca de 30 milhões participam de convênios empresariais, oferecidos pelos empregadores aos seus funcionários. Os demais são clientes de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão (formados por profissionais liberais que atuam no mesmo ramo, organizados em sindicatos ou associações). Com efeito, propusemos a elaboração de uma tabela, a fim de observarmos com mais clareza os números publicados pela ANS. Portanto, observa-se na tabela 1, o número de usuários do sistema de saúde suplementar, da mesma forma, nota-se o aumento da concentração do segmento com a menor participação de operadoras ao longo dos anos do estudo.

<Inserir Tabela 1>

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, e algumas instituições do governo federal já possuíam planos de saúde. Esse modelo

incurtiu equivocadamente nos sindicatos e trabalhadores em geral a ideia de que o maior benefício destinado para as categorias representadas pelas entidades sindicais seria a cobertura hospitalar por algum tipo de seguro de saúde. Por outro lado, não houve de fato a construção coletiva com os trabalhadores e sindicatos para o fortalecimento de um sistema público e universal no Brasil. A respeito desta observação, Rodrigues (2014)²⁶ pondera o seguinte:

O SUS decorre de sua frágil base de sustentação social em meio aos trabalhadores, particularmente junto a suas organizações sindicais. Ao contrário do que ocorreu em diversos países do mundo, nos quais os sistemas públicos de saúde de caráter social-democrata contaram com amplo apoio dos trabalhadores, através dos partidos e sindicatos que os representam, no Brasil, diversas medidas do regime militar, tratadas adiante, contribuíram para promover o gradual afastamento dos trabalhadores organizados do sistema público de saúde do ponto de vista político e ideológico. Isso restringiu a base social de apoio do SUS principalmente aos movimentos sociais urbanos. Essa frágil base de sustentação social do sistema público de saúde está associada à outra circunstância histórica: a existência no país de um dos maiores setores privados de saúde de todo o mundo²⁶ (p. 38).

As questões envolvidas à expansão dos planos privados de saúde no Brasil estão de certo modo relacionadas às dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde, fomentadas a insuficiência deste por meio do subfinanciamento crônico do SUS tornou-se frequente. Bahia (2001)²⁷ corrobora com a afirmação de que o desenvolvimento do setor privado perturba a construção da universalidade do sistema público:

Dois enunciados, articulados entre si, explicam usualmente a expansão dos planos privados de saúde no Brasil. Em uma primeira instância, insuficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar evocando os avanços das políticas de corte neoliberal. Essa equação, por sua vez, remete questões tanto às proposições reformistas universalistas quanto às políticas assistenciais seletivas. Por um lado, o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafiam a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo, por outro, evidenciam perspectivas para a regulação de uma

segmentação já consolidada²⁷ (p. 330).

Os ataques direcionados aos SUS procedem de amplas frentes, por certo, esta tem se mostrado uma batalha desigual. O subfinanciamento crônico imposto ao sistema tornou-o deficiente para cobrir os mínimos requisitos necessários para a oferta integral de saúde. A renúncia fiscal promovida por estados, união e municípios, vem desviando recursos financeiros que poderiam ser melhor aplicados na saúde, sem embargo, conseguiriam levar oxigênio para o setor que segue asfixiado pelas políticas públicas de saúde no Brasil. Irrefutavelmente, outro fator desconcertante para a saúde é a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), sem dúvida, a mais brutal ofensiva do grande capital contra o trabalhador.

A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM ECONOMIA DA SAÚDE: O CASO DA ABRES

Antes de nos aprofundarmos nos trabalhos publicados pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), faz-se necessário um breve contexto histórico sobre o seu surgimento e antes disso, reconhecer a parceria entre a Economia e a Saúde Pública no Brasil. Sobre este último aspecto, Mendes e Marques (2013)²⁸ julgam que o impulso inicial foi dado pela equipe do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pois, segundo os autores, “o Ipea desenvolveu o método de apuração do gasto social federal, ao final dos anos 1980”. Contudo, para Mendes e Marques (2013)²⁸, outra contribuição pode ser considerada como uma obra de referência para a construção da Economia da Saúde, esta, é o trabalho de Vianna et al. (1990)², que de acordo os pesquisadores, “avalia a aplicabilidade dos critérios do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, suas implicações na equidade e prevê possíveis alterações

²Vianna S. M. et al. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios. Série Economia e Financiamento, Brasília: Opas, 1990.

no fluxo dos recursos descentralizados”²⁸ (p. 248).

Então, quando e como surge a Abres? Em relação a esta matéria, mais uma vez recorreremos a Mendes e Marques (2013)²⁸ que esclarecem:

Em junho de 1989, foi realizado, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o I Seminário sobre Economia e Financiamento da Saúde. Naquele momento, formulou-se a proposta de formação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a qual foi criada cinco meses depois, quando da realização, em Brasília, do I Workshop Internacional sobre o campo da Economia da Saúde. Em 1992, por ocasião do II Workshop sobre Economia da Saúde, realizado em São Paulo, viabiliza-se a edição de um livro luso-brasileiro sobre economia da saúde — publicado em 1995 pelo Ipea e organizado por Piola & Vianna (1995)³ —, cujo objetivo era servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nos principais temas da economia da saúde²⁸ (p. 248).

Portanto, já dilucidado o processo embrionário da Abres, retomaremos para a contemporaneidade, e será revisada de forma sistemática a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde. A Abres com o objetivo de realizar a primeira sistematização do conteúdo sobre economia da saúde produzida por autores brasileiros até aquele momento inédita no país produziu o documento intitulado: “*A produção de conhecimento em Economia da Saúde Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*” em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

Ao inspecionar a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde, evidenciou-se a preponderância numérica dos artigos e trabalhos acadêmicos que possuem lastro no pensamento econômico neoclássico. Numa primeira etapa, foram selecionados vinte e quatro artigos desta publicação que trazem à tona a discussão do mercado de saúde privado.

³Piola, S. & Vianna, S. M. Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995.

Esses trabalhos foram separados conforme a proposta teórica e vertente econômica utilizada pelos autores e o título do artigo da produção que podem ser vistos no quadro 2.

<Inserir Quadro 2>

No geral, os autores e trabalhos considerados neoclássicos negligenciam a complexidade das relações sociais e suas interações com as questões que dizem respeito ao papel de protagonismo do Estado na formulação de políticas públicas. Dentre os dezenove trabalhos que foram selecionados apoiados em conteúdo neoclássico, houve a prevalência de artigos que abordam o estudo das políticas regulatórias implementadas no mercado de Saúde pela ANS. Outros temas que também foram frequentemente abordados, dizem respeito à alocação de recursos e controle de custos, informações sobre o perfil dos beneficiários dos planos de saúde, seleção adversa, risco moral, contraprestações e despesas das operadoras, taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, informações sobre o processo de ressarcimento ao SUS, origem das fontes de remuneração dos procedimentos de alto custo, e, por fim, a análise da estrutura produtiva em saúde.

Selecionamos os artigos já reconhecidos por terem conteúdo econômico neoclássico, e os dividimos conforme as categorias que fazem parte da coluna de sustentação deste pensamento econômico, como: “regulação e microrregulação”, “controle de custos e despesas”, “seleção adversa”, “desempenho do mercado”, “informações sobre os beneficiários dos planos de saúde” e “financiamento do sistema privado”. A fim de facilitar a visualização das diferentes categorias que tratam de questões que são específicas nos trabalhos com conteúdo neoclássico, apresenta-se o gráfico 1.

<Inserir Gráfico 1>

No quadro 2 é possível identificar os quinze estudos que foram incluídos nesta análise e a relação entre os estudos e as categorias neoclássicas citadas.

<Inserir Quadro 2>

1. A crítica da economia política sobre a produção neoclássica em saúde suplementar e planos privados de saúde

Após o estudo e a triagem dos trabalhos publicados pela Abres, notou-se que os autores selecionados como neoclássicos e sua produção científica é de certa forma composta por textos em que prevalece a heterogeneidade, ou seja, os artigos não apresentam apenas um único fundamento ou conceito de uma determinada teoria econômica. O que queremos dizer com isso é que os autores transitam entre os diversos caminhos da literatura apoiada em conceitos neoclássicos, e, isso podemos observar nos quadros que foram elaborados. Ao prosseguir, dedicaremos atenção, nessa parte, aos artigos que abordam as questões regulatórias e sobre a microrregulação.

Boa parte da produção literária produzida neste campo, conta também com material elaborado pela própria ANS, como, a título de exemplo, o acordo com os documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003, publicados em 2004. Este trabalho se ocupa com matérias a respeito da regulação da saúde e sobre as falhas do mercado com relação à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviço.

Portanto, começaremos por um capítulo deste documento técnico citado anteriormente, como indica Andreazzi (2004, p. 58)²⁹ “no que se refere ao mercado de saúde suplementar, a ação regulatória se reveste de importância capital em virtude da defesa da concorrência no mercado”. Em outra passagem, a autora menciona que a ANS por meio da regulação torna possível a mediação da oferta e a procura entre os agentes envolvidos no mercado de saúde.

Marinho (2017)³⁰ nos alerta ao afirmar categoricamente, apoiado por Ocké-Reis e Santos (2011)³¹, que a efetivação da saúde suplementar no Brasil ocorre por meio dos pesados subsídios (renúncia fiscal ou gasto tributário) repassados ao setor. Esses pesados subsídios a que o autor se refere são retirados do fundo público e repassados para a iniciativa privada.

Alves (2007)³² em sincronia com Andreazzi (2004)²⁹ também manifesta o seu ponto de vista, pois, em seu artigo reafirma a importância regulatória da ANS. Ao prosseguir, o autor conclui “como desafios da saúde suplementar a baixa expansão da oferta, comparativamente à enorme demanda potencial por estes produtos”³² (p. 3).

Alguns trabalhos enveredaram para as questões contratuais ou de microrregulação, isto é, do controle de um agente econômico sobre outro. O artigo produzido por Ugá et al. (2009)³³, assim como Alves (2007)³² estudaram a microrregulação e as relações comerciais e contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Nos conteúdos de origem regulatório, Dantas e Aguiar (2010)³⁴ concordam com Ribeiro et al., (2008)³⁵, Ribas (2009)³⁶ e Ugá et al. (2009)³³, ao analisarem as mudanças estruturais da saúde suplementar sob o olhar regulatório da ANS. Alves (2007)³² demonstra preocupação com o fato da dificuldade de novos consumidores adentrarem no mercado de saúde suplementar por causa dos consumidores de alto risco, que “poderiam expulsar do mercado os consumidores de baixo risco”³² (p. 03), devido à assimetria na informação entre a empresa e o consumidor (seleção adversa). Em concordância com estes autores, Ribeiro et al. (2008)³⁵ também desenvolvem as questões envolvidas ao risco moral, seleção adversa e a dinâmica de competição sob a lógica capitalista do mercado de saúde.

Dentre os trabalhos e autores pesquisados para nossa discussão, Alves (2007)³², revela-se como um grande entusiasta e provavelmente o maior idealista das ações regulatórias promovidas pela ANS. De acordo com o autor, o “espírito da lei atuou no sentido de aumentar a rede de proteção aos consumidores de planos de saúde”³² (p. 2).

Porém, até que ponto o Estado se impõe frente ao mercado de saúde suplementar por meio da ANS? Para Ocké-Reis (2009)³⁷ esta é, em certa medida, uma questão provocativa sobre as pré-condições que o Estado possui no sentido de subordinar o mercado às diretrizes das políticas de saúde com base no interesse público.

Ribeiro et al. (2008)³⁵ retomam o discurso ortodoxo, mencionando praticamente quase todas as categorias neoclássicas dos trabalhos de economia de saúde, publicados pela Abres e coletados neste estudo, ao se aprofundarem no estudo do regime regulatório promovido pela ANS. Abordam, também, as questões envoltas à eficiência econômica, qualidade em mercados de planos de saúde, e fazem uma comparação com a experiência da saúde privada estadunidense. A respeito do seu estudo comparativo, e de seu aparente contentamento com a disseminação de empresas de saúde de médio porte nos Estados Unidos, o autor esclarece:

Têm sido perseguidas, de modo mais típico, na experiência norte-americana, a disseminação de empresas intermediárias (entre consumidores e prestadores de serviços) e o estabelecimento de porta de entrada e integração vertical formam parte das conhecidas estratégias de *managed care*. O conhecimento da matriz norte-americana de planos de saúde é relevante para compreender as estratégias observadas no Brasil. A assistência à saúde nos Estados Unidos, ao contrário da maioria dos países de alta renda, se caracteriza por elevada participação de empresas de pré-pagamento na contratação ou provisão de serviços, embora a participação governamental seja substantiva. O aprendizado institucional a partir desta experiência é relevante ao ambiente de saúde suplementar no Brasil. Na Europa, tecnologias de gestão clínica e de controle de custos têm sido disseminadas no setor público na forma de atenção primária³⁵ (p. 1480).

Ribeiro et al. (2008)³⁵ mencionam a controversa experiência estadunidense para promover a saúde suplementar no Brasil, como forma de contenção aos argumentos privatistas e sobre o “bom papel” regulatório promovido pela ANS. Ainda sobre esse aspecto, Viana e Silva (2007)³⁸, entendem que o mecanismo de saúde dos EUA pertence à lógica da equivalência. Este é um instrumento difundido em países em que o mecanismo dos planos e seguros é predominante, embora, ponderam, que a lógica da solidariedade é majoritária nos sistemas Beveridgianos ou universalistas, como são os sistemas de saúde da Europa do Norte. A lógica equivalente é excludente.

De qualquer forma, Ocké-Reis (2007)³⁹ novamente contesta Ribeiro et al. (2008)³⁵, a respeito das questões que envolvem a capacidade regulatória da ANS. Esse autor menciona que Agência Suplementar de Saúde não tem força para sequer garantir a prestação de serviços e a qualidade da atenção médica.

Gadelha (2003)⁴⁰ se aproxima das reflexões de Ocké-Reis (2009)³⁷, quando questiona a hegemonia do enfoque neoclássico da economia aplicado na saúde e contesta a ideia de racionalização por meio de um suposto controle do mercado, pois, segundo o autor, mesmo sendo racionais, os agentes econômicos são limitados em sua capacidade cognitiva, uma vez que, numa economia monetária e permeada por múltiplas variáveis, as decisões ou resultados não podem ser previstos como um simples modelo matemático. Em concordância com Gadelha (2003)⁴⁰, Mendes et al. (2017)⁴¹ citam Braga e Paula (1981)⁴² ao criticarem os autores economistas neoclássicos por sua visão tecnicista, baseada em modelos abstratos que não consideram a história e as relações humanas.

Para Viana e Silva, (2007)³⁸ à saúde segue sendo um campo de desentendimentos entre os diversos atores envolvidos em que apenas por meio do papel do Estado seria possível não permitir que as decisões cruciais para este setor não estejam ao alcance e tomadas por terceiros, como podemos conferir no trecho destacado:

[...] objeto de conflitos entre o provedor, o usuário, o pagador e os governantes. As instâncias decisórias são constituídas por redes de instituições, representando uma complexa constelação de atores. As mudanças promovem alterações nas relações de poder e na autoridade dessas instituições, e nos seus interesses. A reforma significa o momento de reconstrução da autoridade pública na saúde. Esse aspecto implica em reforçar o papel do Estado nos processos de reforma, de modo a não permitir que nenhum ator tenha o domínio (hegemonia) das decisões políticas³⁸ (p. 15).

Mendes et al. (2017)⁴¹ não são tão otimistas no que diz respeito ao papel do Estado. Para os autores, na atual crise do capitalismo, o Estado impõe

políticas de austeridade inspiradas na visão neoclássica, que sustentam ‘a racionalidade neoliberal’ estruturando e organizando não apenas a ação dos governantes, mas até a conduta dos governados. Evidentemente que, os autores estão corretos quando evidenciam que o Estado não é a vítima de um processo econômico neoliberal, este, na verdade, é o garantidor e cúmplice dessa barbárie.

2. Concorrência, análises de desempenho e discurso economicista

Ribas (2009)³⁶, em sua dissertação de mestrado, trabalha a concepção dos progressos obtidos no setor de saúde suplementar desde a criação da ANS. A autora pondera os diferentes elementos em que acredita que houve avanços, como: “no estabelecimento de condições de ingresso e operação, comunicação e informação, monitoramento econômico-financeiro, regulação de preço e redução dos impactos da assimetria informacional das operadoras e consumidores” (p. 201). Ribeiro et al. (2008)³⁵, corroboram com o pensamento de Ribas (2009)³⁶, para os autores, no Brasil, demonstrando como a agenda política brasileira é voltada ao mercado de saúde suplementar envolvendo racionalização, barganha, regulação governamental e controle de custo.

Alves (2007)³² faz uso de equações matemáticas para prever como as enfermidades que acometem os usuários, assim como os riscos que impactam em custos prováveis para as seguradoras. Nishijima et al. (2004)⁴³ realizaram em sua pesquisa estudos de probabilidade e estimativas econométricas para avaliar se os consumidores de planos de saúde privados tiveram mais acesso aos bens de assistência pública. Os autores também abordam as questões regulatórias da saúde suplementar. Outro aspecto relacionado refere-se à questão do levantamento de gastos da saúde no Brasil e comparação entre os gastos públicos e privados.

As questões envoltas na análise de desempenho, concorrência e eficiência estão entre as mais frequentes nos debates promovidos pelos

neoclássicos. Araújo (2004)⁴⁴ debruça-se no estudo do mercado de saúde e suas especificidades, como oferta e demanda. De acordo com o autor, as falhas de competição são um tipo de distorção, porém, não é a única, e cita também a formação dos monopólios, falta de informação suficiente para o consumidor avaliar a qualidade do que lhe é oferecido para compra e assimetrias entre os atores envolvidos. Sobre esse aspecto, defende de maneira genérica “algum tipo” de regulamentação estatal para o setor.

É com naturalidade que alguns dos trabalhos estudados fizeram uso de ferramentas matemáticas características das análises neoclássicas. Neste sentido, Alves (2007)³² utilizou-se de uma minuciosa análise de organogramas e fluxos de capital com a intenção de investigar as questões relacionadas à ineficiência do mercado no setor saúde. O autor, como já mencionado também, se dedicou em aspectos contratuais que envolvem os planos privados e consumidores. Ribeiro et al. (2008)³⁵ vão na mesma toada, utilizando em seu trabalho modelos abertamente neoclássicos, com temas que abordam o risco moral, seleção adversa e a análise de microgestão.

Dantas e Aguiar (2010)³⁴, em seu estudo, apresentam as questões envoltas à regulação de saúde suplementar no Brasil gerida pela ANS, além disso, promovem a discussão do desempenho do mercado de saúde suplementar sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde.

Godoy et al. (2004)⁴⁵ comparam o que chamam de mercado de saúde com outros segmentos mercadológicos das economias capitalistas. Para isso apontam, segundo eles, as falhas deste mercado, basicamente relacionadas à assimetria de informações, risco moral e seleção adversa. Os autores não se sentem constrangidos por tratar a saúde como um bem de consumo mercadológico, mas, também, esta é uma consideração secundária, haja vista, toda a análise economicista neoclássica impregnada nesta produção acadêmica dos autores. Nunes (2005)⁴⁶, por exemplo, argumenta em sua tese de doutorado as especificidades mercadológicas da saúde, assim como, os conceitos de concorrência perfeita e alocação de recursos. O termo concorrência perfeita,

utilizado pelo autor, está claramente relacionado com a ortodoxia microeconômica, a valer, é uma direção conceitual complexa para os estudiosos não economistas e não adeptos ao neoclassicismo. Portanto, apoiado sob a análise neoclássica, Kupfer (1992)⁴⁷ elucida o termo conceitual “concorrência perfeita”:

A construção do conceito de concorrência encerra uma grande complexidade. Desde as noções que lhe são preliminares como as de firma, indústria e mercado, - tanto mais recheadas de ambiguidades quanto mais se queira aproximá-las da realidade - até a identificação das variáveis básicas descritivas das estruturas dos mercados e das condutas das empresas, a noção de concorrência apresenta-se como um objeto analítico que insiste em se situar além da capacidade explicativa das formulações teóricas disponíveis. Na tradição neoclássica, baseada no atomismo, a teoria da firma está, de modo geral, subordinada à determinação da existência de um vetor de preços que compatibilize as decisões individuais. Em particular, com algumas suposições acerca das preferências dos agentes e das características das técnicas produtivas, e supondo-se que os agentes são tomadores de preços, garante-se a existência desse vetor. Neste nível de abstração, é justificável a adoção da hipótese de concorrência perfeita, formalmente similar à suposição de que todos os agentes sejam tomadores de preço⁴⁷ (p. 267).

A crítica ao movimento de mercantilização da saúde, ao discurso economicista, que se utiliza de termos como concorrência ou de elaborados modelos matemáticos na produção da economia da saúde, será realizada por meio de autores economistas políticos. Nessa sequência, iniciaremos por Mendes et al. (2017)⁴¹, que citam em seu artigo um elucidativo parágrafo sobre o real significado do termo “princípio de concorrência” de referência autoral de Dardot e Laval:

O neoliberalismo é a razão do capitalismo contemporâneo que determina um novo modo de governo dos homens de acordo com o princípio universal da concorrência, implicando redução dos direitos sociais, inclusive no tocante à política de saúde, em cujo interior se intensificam mecanismos de mercantilização presentes no contexto dos países capitalistas centrais e periféricos, como o Brasil⁴¹ (p. 851).

Prosseguiremos então na contramão dos trabalhos que induzem à mercantilização do SUS como um caminho obrigatório, Ocké-Reis (2008)⁴⁷; Bahia (2001)²⁷ e Sestelo et al. (2013)⁴⁹ acompanham Mendes et al. (2017)⁴¹. Para o primeiro, o mercado privado de saúde é demasiadamente patrimonialista, e, nega o princípio da universalidade de acesso à saúde. Este está repleto de contradições, como a exclusão de cobertura, seleção de risco, baixa remuneração dos prestadores e dupla militância dos médicos. Já para Bahia²⁷ (2001, p. 330), “o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal”. Em convergência²⁷ mas de maneira mais generalista, Sestelo et al. (2013)⁴⁹ compreendem que o SUS surge entre as décadas de 1980 e 1990 sob um cenário de viés ideológico neoliberal com a redução do papel do Estado como provedor direto dos direitos sociais, incluindo à saúde.

Em concordância com os argumentos de Mendes et al. (2017)⁴¹, Paulani (2006)⁵⁰ cita Belluzo na crítica ao discurso economicista e sua pretensa cientificidade. Segundo a autora, os constrangimentos de natureza ideológica são parte de uma retórica que o mercado e os neoclássicos utilizam como armas para se fazerem ouvir. Em concordância com Paulani (2006)⁵⁰ e Beluzzo (1999)⁵¹, porém, especificamente direcionado à economia da saúde, Viana e Silva (2007)³⁸ marcam a sua contraposição ao neoclassicismo ao manifestarem a necessidade de se retomar a discussão conjunta entre desenvolvimento econômico e social como única forma de fugir, das amarras do economicismo. Para os autores, o pensamento dominante atual na área da economia, naturaliza o movimento de avanço das normas da mercantilização e da concorrência em todas as esferas da vida³⁸ (p.19). Na mesma linha de pensamento, Nogueira e Pires (2004)⁵², compreendem que os imperativos macroeconômicos e estratégias apoiadas obviamente por um vasto repertório acadêmico transformou a saúde em um objeto de consumo.

Constata-se, que os diferentes autores rotulados como ortodoxos, liberais ou neoclássicos, manifestam de maneira singular em suas produções acadêmicas o pensamento hegemônico econômico liberal, por isso, trazem em suas análises e com naturalidade as questões mercadológicas direcionando-as para a saúde. Obviamente, escrevem sobre conceitos econômicos usuais, como oferta e demanda, mas também trazem em seus trabalhos complexas e elaboradas equações travestidas em análises econômicas e matemáticas. No mais, compreendem a saúde como um produto destinado para um consumidor final; os usuários são vistos nada mais como meros agentes econômicos. Com efeito, evidencia-se que, as análises destes autores ignoram sistematicamente o verdadeiro papel que à saúde deveria ter, colocam em superioridade as relações mercadológicas em detrimento da construção do bem público. Por fim, de maneira incisiva, bradam sistematicamente a quem for necessário, que este mercado está sob (pseudo) regulação estatal feita por uma autarquia, que praticamente serve aos seus interesses dos planos privados. Sabidamente, os agentes deste mercado não promovem e muito menos buscam equidade e universalidade ao acesso e a oferta à saúde, muito pelo contrário, perpetuam desigualdades e impedem a consolidação do SUS conforme descrito constitucionalmente.

BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que a hegemonia do pensamento neoclássico tem a ver com interpretação sobre o subsistema privado de saúde no Brasil? Esta questão não está desconectada do todo social. A produção de conhecimento no capitalismo, especialmente em sua fase contemporânea, tem sido uma grande arma do capital no que diz respeito à perda e supressão de direitos dos quais a saúde é um deles. Isto não está desconectado com o avanço do desemprego, desmonte das leis trabalhistas, congelamento do orçamento público em saúde e educação, reforma da previdência, agressões destinadas às Universidades Federais e públicas, entreguismo do patrimônio público e nacional para as grandes

multinacionais e deterioração da imagem internacional do Brasil, por um governo autoritário. Muito pelo contrário, apresenta-se organicamente associada.

No que diz respeito à saúde pública, o seu processo de privatização permanece estimulado pelos ajustes fiscais permanentes, desmontando o Estado, atualmente em ritmo acelerado, e ganhando respaldo acadêmico pelos pensadores da escola neoclássica conforme este estudo pode comprovar. Na realidade, este pensamento vem dominando o campo da economia da saúde há mais de duas décadas, especificamente os interessados em aprofundar os seus estudos nas questões que tratam dos temas acerca da saúde suplementar, como: financiamento do setor, regulação, inconformidades, risco às operadoras, benefícios e comportamento dos usuários. O endosso da interpretação neoclássica sobre o subsistema privado aqui analisado reforça, em grande medida como a história contemporânea demonstra o inevitável desmonte do Estado, como o desfinanciamento e desresponsabilização deste, frente o desafio da construção de um sistema de saúde pública universal, no qual tanto liberais quanto, em certa medida a social-democracia ajuda a ratificar.

Assim, aproveitamos para realizar o debate e a contraposição por meio da economia política crítica frente aos trabalhos neoclássicos e desconstruir o discurso mercadológico que tomou para si boa parte da produção científica do campo da economia da saúde. Foi possível evidenciar que a imensa maioria dos trabalhos acadêmicos publicados pelo estudo da Abres entre 2004-201, é voltado ao campo da economia da saúde com conteúdo majoritariamente neoclássico.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*. 2013; 27(78): 7-26.
2. Batich M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo em Perspectiva*. 2004; 18(3):33-40

3. Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
4. Médici AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 1992; 26 (2):79-115.
5. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol, MZ; Almeida-Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Medsi: Rio de Janeiro. 6a. ed., 2003, p. 567-586.
6. Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. *Gestão hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora ENSP; 1993.
7. Yida M. *Cem anos de saúde pública no Brasil: cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.
8. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Glossário temático: saúde suplementar*. 2 ed. Brasília, 2012.
9. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*: Editora Fiocruz, 2007.
10. Santos NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*. 2009; 33(81):13-26.
11. Mendes AN. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: *II Seminário Nacional de Teoria Marxista: O capitalismo e suas crises*, 2015.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: Conass, 2015.
13. Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde *Caderno De Informação Da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, 2006. Trimestral. Substituição de: *Caderno de Informação de Beneficiários, Operadoras e Planos: dados do setor*.
14. Elias PE. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.
15. Mendes AN, Souza SB. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*. 2000; 9(1-2): 111-125.
16. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):293-312.
17. Chesnais F. *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
18. Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):921-929.
19. Paim JS et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 2011; 377(9779):1778-1797.
20. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2008; 18(4):767-783.

21. Pereira-Filho LT. Iniciativa privada e saúde. *Estudos avançados*. 1999; 13(35):109-116.
22. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):85-98.
23. Bahia L, Scheffer M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: Giovanella L et al. (org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 427-458.
24. Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde suplementar*. Brasília, 2011. 148 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 12).
25. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo*. Rio de Janeiro, 2010. 44p. Edição. 1, semestre 2011.
26. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 2014; 21(1):37-60.
27. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):329-339.
28. Mendes Á, Marques RM. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Campos GWS et al (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 247-281.
29. Andreazzi MFS. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Montone J, Werneck AJ (orgs.). *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 121-46.
30. Marinho A. S crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares nos planos populares ou no SUS?. *Planejamento e Políticas Públicas*. 2017; 49:55-84.
31. Ocké-Reis CO; Santos, Fausto Pereira dos. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília: IPEA, jul. 2011. (Texto para discussão, n. 1.637).
32. Alves SL. Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação. In: *Encontro Nacional de Economia*, 35., 2007, Recife. [Anais...]. Niterói: ANPEC, 2007. Acesso em 07, mar 2019. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A081.pdf>
33. Ugá MAD et al. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(5):832-838.
34. Dantas A, Aguiar BS. Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). In: *Encontro Nacional de Economia Política*, 15., 2010. [anais...]. Uberlândia: SEP, 2010.

35. Ribeiro JM et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1477-1487.
36. Ribas BKC. Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2009.
37. Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*. 2009; 33(81):72-79.

38. Viana ALD; Silva HP, Elias PE. Economia política da saúde: Introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2007; 37:7-20.
39. Ocké-Reis CO. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(4):1041-1050.
40. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2003; 2(8):521-535.
41. Mendes Á et al. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saude e Sociedade*. 2017; 26(4):841-860.
42. Braga JCS, Paula SG. Saúde e Previdência. *Estudos de Política Social*. São Paulo: Hucitec, 1981.
43. Nishijima M, Cyrillo DC, Biasoto Júnior G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *Economia e Sociedade*. 2010; 19(3):589-611.
44. Araújo ÂM. A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2004.
45. Godoy MR, Silva EM, Balbinotto Neto, G. Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica. In: *Encontro Nacional de Economia Política*, 9. 2004, São Paulo. [anais...]. São Paulo: PUC, 2004.
46. Nunes A. Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, 2005.
47. Kupfer D. Padrões de concorrência e competitividade. In: *Encontro Nacional de Economia*, 20, Campos de Jordão, 1992. Anais. Brasília: Anpec, 1992. p. 261-281.
48. Ocké-Reis CO. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1398-1408.
49. Sestelo JAF, Souza LEPF, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(5):851-866.
50. Paulani LM. Economia e retórica: o capítulo brasileiro. *Revista de Economia Política*. 2006; 26(1):3-22.

51. Belluzzo LG. Prefácio. In: Rego JM, Mantega G (org.). *Conversas com Economistas Brasileiros II*. São Paulo: Editora 34, 1999.
52. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20(3):753-760.

Artigo

Relato de Experiência**Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde na formação em Odontologia: um relato de experiência**

Experiences and Internships in the Reality of the Health Unic System in Dentistry training: an experience report

Experiencias y pasantías en la realidad del Sistema Unic de Salud en formación odontológica: un informe de experiencia

Francenilde Silva de Sousa¹

RESUMO:

Trata-se de um relato de experiência que busca revelar a importância, para os profissionais de saúde durante sua formação, do conhecimento de como funciona na teoria e prática o sistema público de saúde brasileiro. O Ministério da Saúde, em parceria com outras instituições, formulou um projeto que envolvia estágios interdisciplinares para que isso fosse desenvolvido. No âmbito da Odontologia, o modelo flexneriano influenciou a formação dos profissionais por décadas. Ocorreu uma revisão nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso, em 2019, na qual reiterou-se a necessidade do perfil generalista do cirurgião-dentista. Assegurou-se que os estágios no campo da saúde coletiva são essenciais e tornam a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gestão e educação permanente competências dos egressos do curso. Com isso, a formação em Odontologia deve ir além da atuação do cirurgião-dentista em uma clínica ou consultório. É necessário o reconhecimento da ação em todos os núcleos da saúde coletiva e experiências nesse sentido podem despertar um efeito de incômodo e desejo de ação de cada participante dentro das suas instituições de ensino e na escolha, futuramente, de onde irão atuar.

1 fraansoousa@gmail.com

O rompimento de barreiras e viseiras construídas contribui para uma formação de sujeitos que podem ser estratégicos para potencializar a organização e gestão do SUS.

Palavras-chave: Saúde Pública. Educação em Saúde. Educação em Odontologia

ABSTRACT:

It is an experience report that seeks to reveal the importance, for health professionals during their training, of the knowledge of how the Brazilian public health system works in theory and practice. The Ministry of Health, in partnership with other institutions, formulated a project that involved interdisciplinary internships for this to be developed. In the field of Dentistry, the Flexnerian model has influenced the training of professionals for decades. There was a revision in the National Curricular Guidelines of the course, in 2019, in which the need for the general profile of the dentist was reiterated. It was ensured that internships in the field of collective health are essential and make health care, decision making, communication, leadership, management and continuing education the competences of the graduates of the course. Thus, training in Dentistry must go beyond the performance of the dentist in a clinic or office. It is necessary to recognize action in all nuclei of collective health and experiences in this sense can awaken an effect of discomfort and desire for action by each participant within their educational institutions and in the choice, in the future, of where they will act. The breaking of barriers and built-in visors contributes to the formation of subjects that can be strategic to enhance the organization and management of SUS.

Keywords: Health Education. Education, Dental. Public Health.

RESUMEN:

Es un informe de experiencia que busca revelar la importancia, para los profesionales de la salud durante su capacitación, del conocimiento de cómo funciona el sistema de salud pública brasileño en teoría y práctica. El Ministerio de Salud, en asociación con otras instituciones, formuló un proyecto que involucró pasantías interdisciplinarias para que esto se desarrolle. En el campo de la odontología, el modelo flexneriano ha influido en la formación de profesionales durante décadas. Hubo una revisión en las Pautas Curriculares Nacionales del curso, en 2019, en la que se reiteró la necesidad del perfil generalista del dentista. Se garantizó que las pasantías en el campo de la salud colectiva son esenciales y hacen de la atención médica, la toma de decisiones, la comunicación, el liderazgo, la gestión y la educación continua las competencias de los graduados del curso. Por lo tanto, la capacitación en odontología debe ir más allá del desempeño del dentista en una clínica u

oficina. Es necesario reconocer la acción en todos los núcleos de salud colectiva y las experiencias en este sentido pueden despertar un efecto de incomodidad y deseo de acción por parte de cada participante dentro de sus instituciones educativas y en la elección, en el futuro, de dónde actuarán. La ruptura de barreras y viseras construidas contribuye a la formación de temas que pueden ser estratégicos para mejorar la organización y gestión del SUS.

Palabras clave: Salud Pública. Educación para la salud Educación odontológica.

INTRODUÇÃO

A partir da constituição federativa do Brasil de 1988, saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado¹. Esclareceu-se melhor quanto a esse direito com as leis orgânicas de saúde, Lei nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 e então, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser regulamentado^{2,3}.

O SUS objetiva identificar e divulgar determinantes sociais da saúde, criar políticas de saúde e dar assistência às pessoas por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde; garante acesso universal, com integralidade e equidade, da atenção primária à terciária; e é administrado considerando o envolvimento e retorno de gestores, profissionais e usuários^{2,3}.

Assim, é importante que os profissionais de saúde tenham, durante sua formação, o conhecimento de como funciona na teoria e prática o sistema público de saúde brasileiro^{4,5}. Idealizando que acadêmicos ampliassem sua mente quanto às práticas exercidas dentro de todos os possíveis cenários que constituem o SUS, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, a União Nacional dos Estudantes (UNE) e os Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), formulou um projeto que envolviam estágios interdisciplinares⁶.

As vivências e estágios na realidade do SUS, o ver-SUS, nasceram como um projeto chamado Escola de Verão e ofertado pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul cujo objetivo é explícito no nome, inserir os

acadêmicos na realidade do SUS⁶. Após o piloto, o projeto foi expandido às demais instituições de ensino superior (IES) para propiciar o debate nas discussões sobre questões sociais, gestão e assistência à saúde.

A necessidade da implantação do projeto surgiu a partir da análise da excessiva especialização de alguns cursos, deficiência no atendimento humanizado, desconhecimento acerca da gestão e administração em saúde e falhas no exercício das equipes interdisciplinares⁷⁻⁹. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) permitiram a flexibilização na formulação dos projetos pedagógicos para ser ajustada a relação de profissionais especialistas e generalistas, sem redução da qualidade da formação. Isso já foi um grande avanço frente ao currículo mínimo que era inserido^{5,7,10}.

No âmbito da Odontologia, o modelo flexneriano influenciou a formação dos profissionais durante décadas¹¹. Havia o enaltecimento das práticas clínicas¹², do atendimento odontológico individual¹³ e formação voltada para assistência especializada e para o mercado privado¹⁴.

Ocorreu uma revisão nas DCNs do curso de Odontologia, em 2019, na qual se reiterou o perfil generalista do cirurgião-dentista. Ademais, assegura que a formação deve ser baseada no contexto social, cultural, econômico e ambiental da comunidade na qual a instituição está inserida, tornando os estágios em saúde coletiva essenciais. Por fim, descreve que a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gestão e educação permanente devem ser competências dos egressos do curso^{15,16}.

Exposto esse cenário, o objetivo deste estudo é relatar a experiência das vivências e estágios interdisciplinares e suas contribuições na formação e atuação em Odontologia.

METODOLOGIA

Esse relato resultou de duas imersões teórico-práticas de vivências realizadas em Bacabal, uma cidade no interior do estado do Maranhão. A seleção foi separada em duas etapas: um questionário acerca de questões

sociais, econômicas e demográficas e uma carta-intenção, na qual se deveria expor os motivos pelos quais o candidato gostaria de participar do projeto.

O projeto propunha uma imersão que ocorria entre 7 a 15 dias, a depender da escolha de cada comissão organizadora. Era ofertada a hospedagem, alimentação e transporte para idas *in loco*, e o interessado deveria se inscrever e responder o questionário por meio de um *site* próprio do ver-SUS (<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus>) e, posteriormente, seguir as instruções do edital também disponível no site. O único pré-requisito para se submeter à seleção era estar matriculado ao menos no 3º período do seu curso, comprovado com o histórico escolar.

A primeira edição do ver-SUS Bacabal ocorreu durante 10 dias, de 04 a 13 de janeiro de 2016. Foram selecionados 35 participantes, sendo: 30 viventes, os que estavam conhecendo o projeto pela primeira vez e vivenciavam diretamente todas as atividades; e 05 facilitadores, os que conduziam as atividades. Ademais, a comissão organizadora era formada por 7 discentes e uma docente da instituição pública de ensino superior estadual da cidade (Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, campus Bacabal). Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Medicina, Saúde Coletiva e Odontologia foram os cursos contemplados representados ao menos com um estudante – eu era a única do curso de Odontologia.

A segunda edição ocorreu durante 08 dias, de 16 a 23 de janeiro de 2018. Composta por 40 participantes, sendo: 35 viventes e 05 facilitadores. Além de 6 discentes e uma docente da comissão organizadora, todos da UEMA. Havia representantes dos mais variados cursos da área da saúde para destacar o caráter interdisciplinar da imersão. Nesta edição houve maior representação do curso de Odontologia, foram três estudantes.

O ver-SUS envolve, em sua proposta, debate entre acadêmicos sobre novas relações e campos de atuação dentro do SUS, respeitando as particularidades individuais e coletivas de onde o profissional estiver inserido.

Os protagonistas dos estágios interdisciplinares tiveram a oportunidade de abranger o olhar acerca das superações e desafios ainda existentes no complexo e amplo sistema de saúde a partir da realidade vivenciada.

Ocorreram em comum nas duas edições e favoreciam tais debates: a recepção no primeiro dia para facilitar a criação de vínculos e realização de acordos; diversificadas atividades (como assistir filmes ou documentários, leitura de artigos ou relatórios, realização de dinâmicas, visitas a locais que compõem o sistema público de saúde brasileiro e a espaços sociais) desenvolvidas durante todos os dias nos turnos matutino e vespertino; reuniões, todas as noites, com facilitadores e viventes (plenária); e a devolutiva no último para ajustar o que fosse necessário nas futuras edições. Na articulação das discussões, sempre eram utilizadas metodologias ativas na construção e troca de conhecimentos.

Para melhor desenvolvimento das atividades, o conjunto foi reorganizado em grupos menores para discutirem as atividades realizadas dentro do local em que estavam hospedados (núcleo de base) e outros para ida aos locais de vivência (grupo de vivências), em todos existiam 6 viventes e um facilitador. Todos deveriam estar presentes nas tarefas para garantir maior possibilidade de troca de pensamentos e olhares.

Nos núcleos de base eram apresentados e discutidos filmes, documentários e artigos sobre determinantes sociais, formação em saúde, saúde de populações mais vulneráveis (pessoas em situação de rua, privados de liberdade, indígenas e afins) e sistemas de saúde de outros países.

As visitas dos grupos de vivências foram realizadas em espaços sociais e de saúde como Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (centro POP), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Fisioterapia, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Conselho Municipal de Saúde,

clínica de diálise, hospitais, centro espírita, terreiro de umbanda, lixões e áreas quilombolas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades desenvolvidas submergiam problemáticas relacionadas às potencialidades e dificuldades de cada aspecto nos quais os viventes e facilitadores eram inseridos. Nos primeiros dias ocorreram atividades internas para estimular maior contato entre todos. É importante salientar que visitas a estabelecimentos similares em edições distintas não se tornavam repetitivas porque, devido a composição do grupo, toda a experiência era *sui generis*.

Foi realizada uma dinâmica para se discutir temas tais como o que é a Saúde Coletiva e seus núcleos de saberes, quais são e, em especial, a característica longitudinal da Atenção Primária à Saúde (APS) e a própria APS, Redes de Atenção à Saúde (RAS), referência e contrarreferência e interdisciplinaridade. Assim, esse seria o ponto de partida para melhor aproveitamento das vivências. Segundo Alberti (2014)¹⁷, dinâmicas em grupos possuem repercussão positiva no desenvolvimento de habilidades e competências socioafetivas e mentais.

Nos núcleos de base foram discutidos sistemas de saúde de outros países, tendo como base um documentário que apresentava a experiência de estrangeiros na busca por assistência à saúde naqueles países. O debate ocorreu à medida que foram pontuadas similaridades e oposições e possíveis motivos para tais distinções. Posteriormente todas as vivências englobaram os três níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária; além do núcleo de planejamento e gestão; e o campo das Ciências Humanas e Sociais e as políticas públicas.

Na atenção primária houve visitas a UBSs para o acompanhamento da atuação de uma equipe da Saúde da Família (eSF), dialogando com profissionais e usuários do estabelecimento. Notou-se que as equipes se relacionavam muito bem entre si, eram descontraídos, aparentando amar seu

trabalho, e possuíam boa relação com os companheiros do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), apesar de eles não estarem sempre presencialmente na UBS.

Os profissionais explicaram o funcionamento técnico da unidade e apresentaram a organização das famílias adscritas; relataram a falta de materiais de insumo, o que atrapalhava o atendimento; demonstraram preocupação com a qualidade da atenção devido a lotação do serviço de saúde ofertado; o medo de por vezes estarem ou irem, em visitas em domicílios, em localizações consideradas perigosas; e o quão distante estava o que foi aprendido em sala de aula (o ideal) com a aprendizagem vivenciado (o real), e o aperfeiçoamento da atuação, dentro do possível, com a prática.

Ademais, alguns profissionais não sabiam da visita, demonstrando a falta de comunicação interna. Outros não sabiam como se comportar diante de ausência de respostas que deveriam ser claras a eles (como o funcionamento do seu próprio setor) e uma parcela dos usuários evidenciava a falta de entendimento devido poucas explicações quanto a continuidade do seu tratamento. As informações negativas vão no sentido contrário ao que se espera para a formação e atuação de profissionais na APS. Espera-se que sejam trabalhadores que compreendam os determinantes sociais da saúde e apliquem ações preventivas e longitudinais na APS.^{4,7,18}

Na atenção secundária, realizaram-se visitas a vários centros com atendimentos especializados. Fui encaminhada para conhecer o CEO da cidade e como já possuía a experiência de ter visitado um, pude notar que as queixas são similares. Muito se criticou a falta de instrumentos e materiais, da falta de manutenção e a falha na contrarreferência para a APS possuir devolutiva. Isso afeta o tratamento do usuário, resultando em falhas no acompanhamento terapêutico.

Como atual modelo de referência para tratamento de transtornos mentais¹⁹, alguns CAPSs foram também visitados. Percebeu-se, a partir das histórias dos usuários, que os acompanhamentos e estende a seus familiares, o

que faz com que eles se sintam satisfeitos em frequentar e utilizar aquele serviço. Notou-se a preocupação dos profissionais em estabelecerem um vínculo entre os familiares e não apenas focarem em um tratamento medicamentoso. Demonstraram que há o desenvolvimento de tarefas que sirvam de espelho para futura ressocialização e para preservação de laços sociais, tais como atividades domésticas, combinação de regras para bom convívio, lanches e dinâmicas que estimulam mente e corpo.

Outro centro no qual houve notório contentamento pelo serviço ser prestado de maneira integrada e eficiência foi o centro POP. Os usuários demonstraram estar satisfeitos com o que era ofertado e os profissionais se apresentaram como empenhados. Contudo houve comentários acerca de questões estruturais e materiais.

Também foram visitados os CRAS e CRAES que, assim como o CAPS e o centro POP, são centros não tão comuns para quem é do curso de Odontologia, embora serem sejam ambientes compostos por usuários, profissionais e gestores dos quais todos devem ter ciência da necessidade da atenção à saúde bucal e sua atuação nesses estabelecimentos, seja por meio de visitas para palestras, atendimentos ou aplicação de projetos de pesquisa ou extensão.

A explanação acerca dos recursos físicos e humanos dos CRAS e CREAS foi totalmente introdutória e inovadora. Houve contato apenas com profissionais, então não foi possível contrapor e analisar as falas a partir do olhar dos usuários, contudo se nota o bom desempenho do estabelecimento através dos dados informados por intermédio de resultados expostos. Por fim, notou-se que o estabelecimento oferta seus serviços de forma assídua para as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, condizendo com seus objetivos^{20,21}.

Na atenção terciária, representada pelo único hospital local, houve uma falha de comunicação interna que prejudicou a vivência em relação ao tempo que havia sido reservado e foi perdido para que pudessem identificar quem

liberaria a visita, ainda assim foi rica em apontamentos. Ao contrário da relação bem articulada que foi encontrada na atenção primária, representada pela UBS, havia um distanciamento entre os profissionais. Através de suas falas, percebeu-se que trabalhavam de forma isolada, sem que houvesse ações interdisciplinares na prática. Talvez fossem percepções muito particulares dos entrevistados, mas evidenciou a existência de incoerência na colaboração integrada nos setores.

No Conselho Municipal de Saúde, ocorreu uma palestra com um integrante da vigilância sanitária para demonstração do planejamento e gestão em saúde, destacando a necessidade do controle social. Muitos foram os questionamentos, tais como a aplicação de dados epidemiológicos na seleção do uso de recursos financeiros; e esclarecimentos, como a explicação de que um cirurgião-dentista poderia e deveria atuar como gestor.

No âmbito social, as vivências foram chocantes. Acompanhar bem de perto um lixão a céu aberto e não se chocar é a demonstração de um vazio interno e foi o oposto disso que ocorreu: todos se mostraram humanos e sensíveis à situação, houve quem chorasse ao ver a cena de inúmeras famílias. A conversa com catadores que improvisavam suas casas naquele local foi bem ampla, comentaram sobre não possuírem perspectiva alguma quanto à sua saúde. Não eram vacinados, nem sabiam onde poderiam ir para se imunizar. Eles “se viravam” quando se machucavam, também improvisavam curativos com restos de panos encontrados em meio ao lixão.

A ida a um quilombo foi cheia de emoções, com pessoas resistentes que até tinham atenção à saúde, mas não possuíam voz para manter suas tradições nas suas próprias terras por questões políticas. No centro espírita e terreiro de umbanda, notou-se que a espiritualidade é uma aliada que deve ser considerada no processo de saúde-doença de um religioso. Apesar das vivências marcantes e parciais, não houve contrariedades na participação e respeito dos vivos e facilitadores.

Os espaços sociais foram responsáveis por explicitar o quão os determinantes sociais influenciam na vida das pessoas e o núcleo das Ciências Humanas e Sociais. A abordagem socioantropológica, na qual busca a subjetividade e considera o todo sem exclusões ou generalizações, reflete em um olhar humanizado do profissional (no caso, dos futuros profissionais)^{22,23}.

Nas plenárias, ao fim do dia de cada vivência, foram discutidas todas as questões relevantes, pontos positivos e negativos, se alguém já havia tido a experiência no local e o quanto aquela vivência alterou seu olhar como futuro profissional da saúde. Em todos os relatos exaltaram os estágios na realidade do SUS como forma de engrandecimento na formação integrada, o que se espera dos futuros profissionais⁷; entretanto, nenhum dos estudantes havia tido uma visão ampla e interdisciplinar, nem mesmo nos estágios em saúde coletiva.

Isso não é único da edição realizada em Bacabal. Encontra-se na literatura discursos de estudantes de outros locais, como em São Paulo, que explicitam a falta de conhecimento de todos os núcleos do campo de saber e prática que a saúde coletiva atua e, conseqüentemente, o profissional também⁴.

Conhecia a parte assistencial do SUS. Via inúmeros problemas, mas por desconhecer o sistema em todos os seus segmentos, não encontrava, com clareza, as causas. Não conhecia os eixos de gestão e controle social. (F, 23, enfermagem).

Ademais, ainda suscitaram novas visões para aprimorar tal projeto⁴.

Mas isso não é o suficiente, porque sempre seria algo pontual que poucos estudantes teriam acesso (...). Para haver uma mudança efetiva na graduação, os próprios professores precisariam passar por experiências parecidas e terem vontade de realmente fazer diferente. (M, 20, fisioterapia).

A heterogeneidade das tarefas demonstra o quanto devem ser praticadas vivências e estágios na realidade local em que os estudantes estão inseridos para que entendam o seu paciente com um todo, biopsicossocial e

espiritualmente, e possam agregar a bagagem adquirida ao que conceituam saúde²⁴.

O projeto contribui para que estudantes se tornem comprometidos com a qualidade e efetivação do SUS. Experiências como essas resultam positivamente para a qualificação e formação de estudantes logo, não seria errôneo instigar um novo modelo assistencial voltado para a formação, com estágios e vivências eficazes na identificação e resolução de falhas, estímulo para atuação no campo da saúde coletiva e melhor integração de uma equipe interdisciplinar. Além de ser complementado, já durante a vida profissional, com a educação permanente para reciclagem e agregação de novos conhecimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, defende-se que o ver-SUS nasce como estimulante no que tange uma formação dinâmica e interativa com a saúde coletiva, em contato direto com a realidade. Os estágios e vivências na realidade do SUS são responsáveis por despertarem um efeito de incômodo e desejo de ação de cada participante dentro das suas instituições de ensino e na escolha, futuramente, de onde irão atuar.

Em especial para a formação em Odontologia, sua condução deve ir além da atuação do cirurgião-dentista em uma clínica ou consultório e para tal consequência é preciso abranger os olhares dos estudantes para todos os núcleos da saúde coletiva.

A experiência rompe barreiras e viseiras construídas, contribuindo para uma formação de sujeitos que podem ser estratégicos para potencializar a organização e gestão do SUS, além de aliados na militância pela sua defesa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 1988. 498 p.

2. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília; 1990. 2 p.
3. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990. 13 p.
4. Araújo D, Miranda MCG de, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31(supl. 1):20–31.
5. Costa DAS, da Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(67):1183–95.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação. *Ver-SUS/Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 304 p.
7. Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbarói*. 2013; (38): 97–125.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Editora do. Brasília; 2007. 78 p.
9. Batista MJ, Gibilini C, Kobayashi HM, Ferreira LL, Silva C, Rosário L. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. *Arq em Odontol*. 2010;46(3):144–51.
10. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9394, 20 de dezembro de 1996. In: *Diário Oficial da União 1996 [Internet]*. 1996. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7802.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais [Internet]. 1a. Ministério da Saúde, organizador. Brasília; 2006. 162 p. Available at: http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf
12. Toassi RFC, Ely LI. Integração entre currículos na educação de profissionais da saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(supl. 2):1563–75.

13. Toassi RFC, Stobäus CD, Mosquera JJM, Moysés SJ. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. *Interface Commun Heal Educ*. 2012; 16(41):529–42.
14. Silveira JLGC da, Garcia VL. Mudança curricular em odontologia: significados a partir dos sujeitos da aprendizagem. *Interface Commun Heal Educ*. 2015;19(52):145–58.
15. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. In 2019. p. 1–8.
16. Fonsêca GS, Junqueira SR, Araújo ME De. Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação odontológica. *Rev da ABENO*. 2015;15(2):2–11.
17. Alberti TF, Abegg I, Costa MRJ, Tilton M. Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. *Rev Bras Estud Pedagógicos*. 2014;95(240):346–62.
18. Kashiwakura HK, Gonçalves A de O, Silva RMP da. Atenção primária à saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. *Saúde em Debate*. 2016;40(111):49–62.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 44 p. Available at: www.saude.gov.br/bvs
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 1997. 72 p.
21. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasil LTD. Brasília; 2011. 120 p.
22. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 1o ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco; 1992. 269 p.
23. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Soc*. 2017; 26(3):676–89.
24. Stronks K, Hoeymans N, Haverkamp B, Den Hertog FRJ, Van Bon-Martens MJH, Galenkamp H, et al. Do conceptualisations of health differ across social strata? A concept mapping study among lay people. *BMJ Open*. 2018;8:e02021

Artigo

Implantação do núcleo de apoio à saúde da família: um estudo com hipertensos e diabéticos

Implementation of the family health support center: a study with hypertensive and diabetic patients

Implementación del centro de apoyo a la salud familiar: un estudio con hipertensivos y diabéticos

Adenilson Gomes¹

Petrônio José de Lima Martelli²

Eduarda Ângela Pessoa Cesse³

Mariana Farias Gomes⁴

Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos⁵

Maria Bernadete Ribeiro Chagas⁶

RESUMO:

Introdução: a criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) permitiu uma atenção qualificada a hipertensos e diabéticos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Brasil, mas ainda conta com fragilidades em torno de sua implantação. *Objetivo:* avaliar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) em relação às suas ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais na atenção a hipertensos e diabéticos na ESF de Petrolina- PE. Metodologia: Trata-se de um estudo avaliativo de análise de implantação do tipo 1b, que identificou a influência de fatores contextuais políticos e estruturais no Grau de Implantação (GI) do NASF-AB. Resultados: Os resultados identificaram que o GI e suas

1 adenilsongomes@hotmail.com

2 petroniocarla@uol.com.br

3 educesse@uol.com.br

4 marianafarias1992@gmail.com

5 rebecca_soaresandrade@yahoo.com.br

6 beribeiro@yahoo.com.br

dimensões – estrutura e processo – estão parcialmente implantados. O processo é influenciado favoravelmente por fatores políticos como conhecimento acerca do NASF-AB, instituição de parcerias, ampliação de responsabilidades e inovação nas práticas. Por sua vez, a estrutura é influenciada desfavoravelmente por fatores como a estrutura física das unidades de saúde, clima de equipe, vínculos profissionais e investimentos no NASF-AB. Conclusão: A implantação parcial revela a necessidade de superar fortes obstáculos para que esta política consiga induzir melhoras efetivas no cuidado com hipertensos e diabéticos na ESF.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção à Saúde.

ABSTRACT:

Introduction: the creation of the Extended Family Health and Primary Care Center (NASF-AB) allowed qualified care for hypertensive and diabetic patients in the Family Health Strategy (ESF) in Brazil, but it still has weaknesses around its implementation. Objective: to evaluate the implementation of the Family Health Support Center (NASF-AB) in relation to its actions of food / nutrition and physical activity / body practices in the care of hypertensive and diabetic patients in the ESF of Petrolina - PE. Methodology: This is an evaluative study of type 1b implementation analysis, which identified the influence of political and structural contextual factors on the NASF-AB Degree of Implementation (GI). Results: The results identified that the IG and its dimensions - structure and process - are partially implemented. The process is favorably influenced by political factors such as knowledge about the NASF-AB, institution of partnerships, expansion of responsibilities and innovation in practices. In turn, the structure is unfavorably influenced by factors such as the physical structure of the health units, team climate, professional ties and investments in the NASF-AB. Conclusion: The partial implantation reveals the need to overcome strong obstacles so that this policy is able to induce effective improvements in the care of hypertensive and diabetic patients in the ESF.

Keywords: Health evaluation. Diabetes Mellitus. Systemic Arterial Hypertension. Health Care.

RESUMEN:

Introducción: la creación del Centro de Salud de la Familia Extendida y Atención Primaria (NASF-AB) permitió la atención calificada para pacientes hipertensos y diabéticos en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Brasil, pero aún tiene debilidades en su implementación. Objetivo: evaluar la implementación del Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF-AB) en relación a sus acciones de alimentación / nutrición y actividad física / prácticas corporales en la atención de pacientes hipertensos y diabéticos en la ESF de Petrolina - PE. Metodología: Se trata de un estudio evaluativo de análisis de

implementación tipo 1b, que identificó la influencia de factores contextuales políticos y estructurales en el Grado de Implementación (IM) de la NASF-AB. Resultados: Los resultados identificaron que el GI y sus dimensiones - estructura y proceso - se implementan parcialmente. El proceso está influenciado favorablemente por factores políticos como el conocimiento sobre el NASF-AB, la institución de asociaciones, la expansión de responsabilidades y la innovación en las prácticas. A su vez, la estructura está influenciada desfavorablemente por factores como la estructura física de las unidades de salud, clima de equipo, vínculos profesionales e inversiones en NASF-AB. Conclusión: La implantación parcial revela la necesidad de superar fuertes obstáculos para que esta política sea capaz de inducir mejoras efectivas en la atención de los pacientes hipertensos y diabéticos en la ESF.

Palabras clave: Evaluación de la salud. Diabetes Mellitus. Hipertensión arterial sistémica. Cuidado de la salud.

INTRODUÇÃO

A alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tem relação estreita com o estilo de vida da população. Dada a cronicidade dessas condições e a complexidade de seu controle, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se no principal nível de atenção a esses pacientes, pois através da Estratégia de Saúde na Família (ESF) se promove ações educativas em saúde voltadas para a mudança de comportamentos, assim como cuidados longitudinais para essas doenças¹⁻⁴.

O estímulo para ações que promovam saúde e qualidade de vida a pacientes com HAS e DM vem surgindo nas últimas décadas com a formulação de políticas e/ou intervenções na APS que acompanham, geralmente, a garantia do atendimento integral e resolutivo das demandas impostas por essas condições³⁻⁴.

Nessa perspectiva, os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) se constituem numa política recente do Ministério da Saúde para apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) através de equipes multiprofissionais, proporcionando uma atenção à saúde com maior resolubilidade e ampliando o escopo das ações⁵. Através de profissionais da saúde como nutricionistas, professores de educação física, psicólogos, entre

outros, encontrados no NASF-AB, há a oportunidade de se melhorar o manejo da HAS e DM. Dessa maneira, o conjunto formado pelas EqSF e o apoio especializado oferecido pelos NASF-AB se apresenta como um alicerce no cuidado em saúde dentro da rede de atenção aos portadores dessas doenças.

O NASF-AB dispõe de nove áreas estratégicas para servir de enfoque em suas ações, mas é notória a importância das ações de alimentação/nutrição (A/N) e atividade física/práticas corporais (AF/PC) para os portadores desses agravos. Atualmente, revela-se a necessidade de uma atenção especial para o desenvolvimento de ações nessas áreas por influenciarem a prevenção e controle da HAS e DM⁶⁻⁷. Entretanto, no atual manejo dessas doenças, o que se observa é a inadequação de cuidados sendo prestados em diferentes níveis de atenção à saúde, suscitando a má coordenação dos cuidados e a insatisfação dos usuários⁸.

A partir dessa nova dinâmica de organização dos serviços de saúde e da articulação entre NASF-AB e ESF, faz-se necessário repensar a ação de todos os envolvidos (comunidade, profissionais da saúde e gestores) a fim de que ocorra a mudança requerida: efetiva produção de saúde para a população adscrita. Deste modo, busca-se uma pactuação política entre as partes e utilização dos mecanismos adaptativos e de apropriação dos diferentes contextos para a efetiva implantação do NASF-AB⁹.

Assim sendo, os estudos de análise de implantação fornecem métodos e abordagens avaliativas que podem avaliar os enlaces entre a intervenção (programas, políticas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos¹⁰.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a implantação do NASF-AB em relação às ações de A/N e AF/PC na atenção ao portador de HAS e DM da ESF de Petrolina – PE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo de análise de implantação segundo o componente 1b proposto por Champagne *et al*¹¹. Este tipo de análise permite identificar o grau de implantação de uma intervenção em função das características contextuais. Realizou-se um estudo de caso único com um único nível de análise¹¹ no município de Petrolina-PE.

Petrolina está situada na região sudoeste do Estado de Pernambuco, a 734 km da capital, na região do semiárido nordestino. Possui uma rede de serviços de saúde que preza pelo desenvolvimento da ESF, com o NASF-AB implantado há sete anos. Este município se constitui em importante centro para a organização da saúde no estado de Pernambuco¹².

Vale salientar que o estudo esteve vinculado ao projeto intitulado “*Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco*”, executado pelo grupo de pesquisa do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-SAÚDE) do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Pernambuco. Assim, foram construídos e validados o Modelo Lógico – ML (Figura 1) da intervenção, com base em seus documentos normativos e textos de apoio, e a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) para serem avaliadas as dimensões estrutura e processo do NASF-AB em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.

A partir da MAJ foram construídos questionários estruturados para avaliação de estrutura e processo. Na estrutura, foram avaliados os locais para o desenvolvimento das ações do NASF-AB, os recursos materiais, os recursos organizacionais e os recursos humanos, correspondendo a um quantitativo de 18 indicadores da MAJ. No que se refere ao processo, foram avaliadas todas as ações do NASF-AB no que diz respeito a A/N e AF/PC para usuários hipertensos e diabéticos agrupando-as em três componentes nesta dimensão: suporte em processos educativos (16 indicadores), suporte clínico-pedagógico

(14 indicadores) e gestão integrada do território (22 indicadores), totalizando 52 indicadores.

Nessa etapa foi aplicado o questionário estruturado a oito nutricionistas e um educador físico do NASF-AB em Petrolina, abrangendo as nove equipes existentes.

Para calcular o GI das dimensões estrutura e processo foi realizado o somatório das pontuações obtidas nos indicadores de cada dimensão separadamente, divididos pela pontuação esperada para a dimensão, e depois multiplicada por 100. O GI total (estrutura + processo) foi estabelecido de forma ponderada, por considerar que a dimensão processo era mais importante que a dimensão estrutura na implantação do NASF-AB em relação às áreas em estudo. Nesse sentido, foi atribuído peso quatro para a dimensão estrutura e peso seis para processo. Assim, o GI total foi obtido a partir da seguinte equação⁴:

$$GI\ Total = \left(\frac{(4\Sigma E^1 + 6\Sigma P^1)/10}{(4\Sigma E^2 + 6\Sigma P^2)/10} \right) * 100$$

⁴Em que ΣE^1 = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; ΣP^1 = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão processo; ΣE^2 = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e ΣP^2 = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão processo.

O julgamento de valor considerou os seguintes pontos de corte: < 25,0% – não implantado; de 25,1% a 50,0% – implantação incipiente; de 50,1% a 75,0% – parcialmente implantado; e >75,1% – implantado¹³.

A avaliação do contexto foi baseada no modelo político e contingente formulado por Denis e Champagne¹⁴, no qual foi construído o roteiro semiestruturado de coleta de dados. Após coleta de dados e leitura das entrevistas, lançou-se mão de uma análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁵, criando, assim, categorias temáticas que pudessem contribuir para identificar a

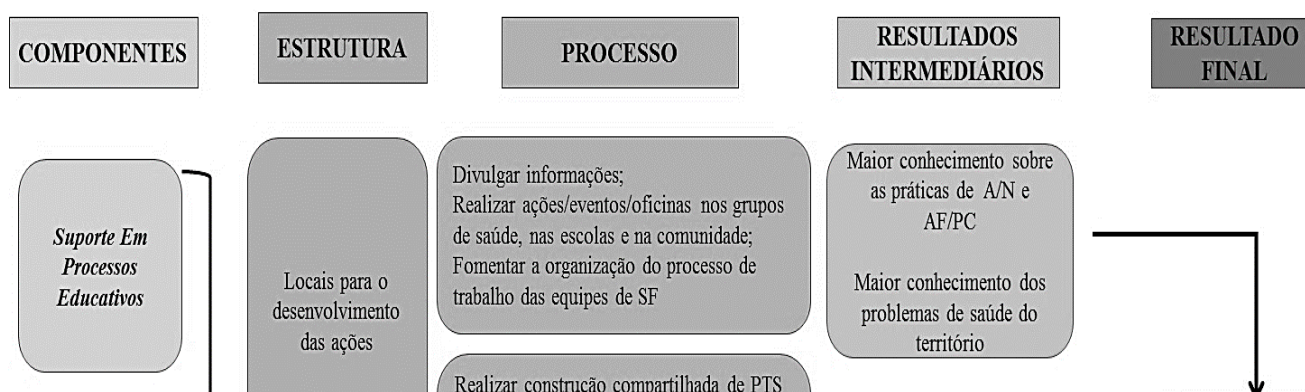
influência do contexto político e estrutural de Petrolina no GI do NASF-AB. Elas foram criadas da maneira como se segue abaixo.

Para cada relato, permitiu-se a criação de núcleos de sentido positivos e negativos. Concluiu-se que o contexto da categoria temática era favorável quando o número de núcleos positivos era maior que o de negativos e vice-versa para as desfavoráveis. O contexto final era favorável quando o número de categorias temáticas favoráveis era maior que o de desfavoráveis (número de categorias favoráveis maior que 50,0%) e vice-versa. Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento da importância das categorias temáticas para a implantação da intervenção.

Nessa etapa, os roteiros foram utilizados com dois profissionais da gestão municipal de saúde (Diretoria da Atenção Primária e Coordenação do NASF-AB), dois médicos e dois enfermeiros da ESF, um agente comunitário de saúde e cinco profissionais do NASF-AB.

Sete categorias para cada contexto foram criadas, a saber:

- Político: modos de cooperação entre os atores; conhecimento acerca do trabalho do NASF-AB; ampliação das responsabilidades no cuidado ao portador de HAS e DM; mecanismos de parcerias para a realização de ações de A/N e AF/PC; participação da gestão nas ações de A/N e AF/PC do NASF-AB; planejamento e monitoramento das ações de A/N e AF/PC do NASF-AB; inovação nas práticas.
- Contingente (estrutural): atributos dos gestores; ambiente de trabalho do NASF-AB; vínculos profissionais; recursos financeiros; clima de equipe; estruturas físicas das unidades de saúde da família para atuação do NASF-AB; formalização do trabalho do NASF-AB frente às ações de A/N e AF/PC



Após a determinação do contexto, foi verificada a sua influência sobre o grau de implantação analisando as possíveis relações existentes entre si através de uma triangulação de dados

Fonte: Baseado no ML do projeto de pesquisa com referência em Lira¹⁶.

Legenda: SF – Saúde da Família; A/N – Alimentação e Nutrição; AF/PC – Atividade Física/Práticas Corporais; PTS – Projeto Terapêutico Singular; PST – Projeto Saúde no Território; USF – Unidade de Saúde da Família; DCNT – Doença Crônica Não Transmissível.

O projeto ao qual este estudo está atrelado foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do IAM/Fiocruz-Pernambuco (Parecer N° 1.644.126) sendo sua execução obedecente às normas que regem as pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Grau de implantação do NASF-AB em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina

O GI total do NASF-AB em relação à alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina, encontra-se parcialmente implantado recebendo uma pontuação percentual de 58,8%.

Grau de Implantação de Estrutura

A dimensão estrutura do NASF-AB corresponde a todos os recursos necessários para a execução das ações de A/N e AF/PC. A mesma classificou-se como parcialmente implantada (59,3%).

No entanto, destacaram-se os critérios “local para realizar ações com a comunidade”, “fichas do e-SUS”, “prontuários” e “protocolos de fluxo de encaminhamento”, todos, portanto, considerados implantados (GI > 75,1%).

“Veículo Institucional” foi o único critério considerado não implantado (GI >25,0%).

Os outros critérios variavam de implantação incipiente para parcialmente implantando, sendo a maioria enquadrados nesta última classificação conforme mostra o quadro da Figura 2.

Ao destacar os elementos citados anteriormente como implantados, o NASF-AB detém de insumos importantes em sua estrutura para melhoria do cuidado de hipertensos e diabéticos em Petrolina.

A existência de protocolos de fluxo de encaminhamento, por exemplo, configura-se como um elemento importante para a continuidade do cuidado quando verificados os limites na ESF para a resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários com essas doenças crônicas. A articulação dos serviços dentro da Rede de Atenção à Saúde e seus diferentes níveis se faz necessária para garantir a integralidade das ações de saúde¹.

Entretanto, observam-se a implantação incipiente de muitos critérios, dos quais se destaca “equipe NASF-AB qualificada” (Figura 2). Essa fragilidade na qualificação da equipe também foi encontrada nos estudos realizados por Fernandes *et al*¹⁷ e Reis *et al*¹⁸ ao investigar o trabalho de profissionais do NASF-AB na APS. Fagundes¹⁹ ressalta que a falta de capacitação de profissionais dessa equipe pode ferir uma das diretrizes dessa proposta: a educação permanente em saúde aos profissionais e aos usuários, uma vez que o NASF-AB poderia não estar utilizando suas ferramentas de trabalho de forma correta.

Além disso, observa-se que “locais para realizar reunião”, “materiais informativos”, “equipamentos”, “computadores com internet”, “veículos”, entre outros, também foram recursos que configuram uma estrutura fragilizada para o NASF-AB e isso direciona meios para precariedade da proposta no fortalecimento da resolubilidade da atenção básica e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. Martinez *et al*²⁰ apontam que em muitas investigações encontram-se indicativos de problemas

estruturais, principalmente relacionados à estrutura física das unidades de saúde, ao transporte para os profissionais e à falta de insumos estratégicos.

A implantação parcial da dimensão estrutura do NASF-AB abre debates para a importância dos aspectos estruturais estarem sendo cada vez mais efetivados, pois ela detém de elementos importantes devendo ser considerada no conjunto de prioridades, pois possibilita a construção de ações de saúde efetivas e humanizadas. Assim sendo, a estrutura é um componente que tende a crescer na qualidade da equipe, organizações e serviços de saúde.

Figura 2 – Quadro da pontuação (%) por critério e indicador da dimensão estrutura do NASF-AB no município de Petrolina.

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)	SUBTOTAL DO CRITÉRIO (%)
ESTRUTURA	Local para realizar reunião	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que possuam local para realizar reunião	59,3	59,3
	Local para realizar as ações com a comunidade	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que possuam local na USF/SMS/comunidade para realizar as ações com a comunidade	77,8	77,8
	Material para as ações	Existência de materiais de escritório	55,6	55,6
	Material informativo	Existência de material informativo relacionado a temática de A/N	55,6	44,4
		Existência de material informativo relacionado a temática de AF/PC	33,3	
	Fichas do e-SUS	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que exista Ficha de Atividade Individual	80,6	89,8
		% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que exista Ficha de Atividade Coletiva	88,9	
		% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que exista Ficha de Procedimentos	100,0	
	Prontuários	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF-AB	77,8	77,8
	Equipamentos	Existência de equipamentos	55,6	55,6
	Computador com internet	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que possuem computadores com internet para uso do NASF-AB	55,6	55,6
	Veículo	Existência de veículo	1,1	11,1
Protocolo de fluxo de encaminhamento	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que tenham protocolo de fluxo de encaminhamento	77,8	77,8	
Cadernos de Atenção Básica	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que tenham Cadernos de Atenção Básica	38,9	38,9	

	Instrumento para realizar o diagnóstico do território	Possui o instrumento (método, autor de referência, etc) para realizar o diagnóstico do território	33,3	33,3
	Equipe do NASF-AB qualificada	% de profissionais do NASF-AB que receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos dois anos	44,4	50,6
		% de profissionais do NASF-AB que receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos dois anos	18,5	
		Existência de nutricionista e educador físico na equipe NASF-AB	88,9	
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA				59,3

Fonte: elaboração própria

Legenda: A/N – Alimentação, nutrição; AF/PC – atividade física/práticas corporais; USF – Unidade de Saúde da Família; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; NASF-AB – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; e-SUS – Sistema eletrônico do SUS.

Grau de Implantação de Processo

A dimensão processo foi classificada como parcialmente implantada, tendo em vista sua pontuação percentual de 58,7% conforme apontada no quadro da Figura 3.

Todos os componentes da dimensão processo foram considerados parcialmente implantados recebendo as seguintes pontuações: Suporte em Processos Educativos – 62,7%; Suporte Clínico-Pedagógico – 61,5%; Gestão Integrada do Território – 52,3%.

No componente ‘Suporte em Processos Educativos’ apenas os critérios “divulgação de informações” e “apoio a grupos de saúde” foram considerados implantados. “Realização de oficinas com a equipe de saúde da família e a comunidade” e “orientação referente ao processo de trabalho das equipes de saúde da família referentes à temática em estudo” consideraram-se com implantação incipiente (Figura 3).

Ao olhar simultaneamente para os critérios considerados como implantados e os com implantação incipiente, verifica-se que o NASF-AB possui fragilidades nas práticas educativas. Anjos *et al*²¹ trazem essa temática refletindo sobre a importância de se estar fazendo revisões críticas desses

processos educativos elaborados pelos profissionais do NASF-AB para que haja efetivação do seu processo de trabalho com as EqSF, afim de levar à população a uma nova concepção e modo de assistir em saúde.

No componente ‘Suporte Clínico-Pedagógico’ destacam-se os critérios “registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS”, o “uso de protocolo de fluxo de encaminhamento”, o “atendimento domiciliar individual” e a “utilização de prontuários”, pois todos foram classificados como implantados. “Construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território” e “ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares” classificaram-se como não implantados e implantação incipiente, respectivamente (Figura 3).

Esse componente pode ser considerado um importante conjunto de ações que favorecem a indução de apoio matricial, repercutindo diretamente no alcance dos objetivos do NASF-AB²²⁻²³. A não implantação de diversas atividades do suporte clínico-assistencial, pode estar colaborando para que essa equipe desenvolva ações limitantes, o que repercute em fragilidades na coordenação do cuidado em parceria com as EqSF.

Por fim, no componente ‘Gestão Integrada do Território’ pode-se observar que os critérios “planejamento integrado” e “articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais” classificaram-se como implantados. Em contrapartida, a “realização de coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional e de atividade física/práticas corporais” e “reuniões da equipe NASF-AB” configuraram-se como não implantado e implantado incipiente, respectivamente (QUADRO 2).

O NASF-AB desempenha o apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão tendo como diretriz a formação de espaços coletivos que subsidiem ações de prevenção e promoção à saúde, intramuros ou territoriais, bem como de planejamento e gestão local²⁴⁻²⁵. Assim, as atividades vistas nesse último componente sendo

consideradas como implantadas e parcialmente implantadas podem dar margem à difícil consolidação dessa diretriz.

Figura 3—Quadro da pontuação (%) por critério, indicador e componente da dimensão processo do NASF-AB no município de Petrolina/PE.

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)	SUBTOTAL DO CRITÉRIO (%)
PROCESO	Suporte em processos educativos	Divulgação de informações sobre A/N e/ou AF/PC	Periodicidade de divulgação de informações sobre A/N	83,3	81,9
			Periodicidade de divulgação de informações sobre AF/PC	80,6	
		Participação do NASF-AB em eventos comunitários sobre A/N e AF/PC	Nº eventos comunitários sobre A/N em que o NASF-AB participou no último ano	77,8	61,1
			Nº eventos comunitários sobre AF/PC em que o NASF-AB participou no último ano	44,4	
		Apoio a grupos de saúde sobre a temática de A/N e AF/PC	% de grupos existentes no território apoiados pelo NASF-AB referentes a temática de A/N	80,6	76,4
			% de grupos existentes no território apoiados pelo NASF-AB referentes a temática de AF/PC	72,2	
		Realização de oficinas com a equipe de SF e a comunidade para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC	Nº de oficinas para construção de materiais que fomentem a prática de A/N realizadas no último ano	33,3	33,3%
			Nº de oficinas para construção de materiais que fomentem a prática de AF/PC realizadas no último ano	33,3	
		Orientação para as famílias através de material instrucional com recomendações de A/N e AF/PC	Realização de orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de A/N	100,0	72,2%
			Realização de orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de AF/PC	44,4	
		Realização de ações referentes a A/N e AF/PC nas escolas existentes no território	Periodicidade de realização de ações referentes à A/N nas escolas existentes no território	55,6	55,6
			Periodicidade de realização de ações referentes à AF/PC nas escolas existentes no território	55,6	
		Execução de ações de educação permanente referentes a temática de A/N e AF/PC	% de equipes de SF que foram realizadas ações de educação permanente referentes a A/N no último ano	44,4	43,0
			% de equipes de SF que foram realizadas ações de educação permanente referentes a AF/PC no último ano	41,7	
		Orientação referente ao processo de trabalho das equipes de SF referentes a A/N e AF/PC	% de equipes de SF que receberam orientações do NASF-AB referente ao processo de trabalho das equipes sobre a temática de A/N no último ano	72,2	58,3
			% de equipes de SF que receberam orientações do NASF-AB referente ao processo de trabalho das equipes sobre a temática de AF/PC no último ano	44,4	
SUBTOTAL DO COMPONENTE					62,7

Suporte Clínico-pedagógico	Discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N e AF/PC com a equipe de SF	% de equipes de SF que o NASF-AB realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N no último semestre	77,8	70,4
		% de equipes de SF que o NASF-AB realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a AF/PC no último semestre	63,0	
	Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	% de equipes de SF que o NASF-AB participou da construção do PTS no último semestre	63,0	63,0
	Construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)	% de equipes de SF que o NASF-AB participou da construção do PST no último semestre	0,0	0,0
	Atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de SF	% de equipes de SF que o NASF-AB participou de atendimento clínico compartilhado	77,8	77,8
	Ações de A/N e AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	Periodicidade de realização de ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	36,1	33,3
		Periodicidade de realização de ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	30,6	
	Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	100,0	100,0
	Uso protocolo de fluxo de encaminhamento	Utilização do protocolo de fluxo de encaminhamento	77,8	77,8
	Uso do prontuário	Utilização do prontuário pelo NASF-AB	88,9	88,9
	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N	88,9	77,8
		Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	66,7	
	Atendimento domiciliar compartilhado que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N	88,9	72,2
		Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	55,6	
	SUBTOTAL DO COMPONENTE			
Gestão Integrada do Território	Utilização do instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	Utiliza o instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	33,3	33,3
	Discussão da situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade	Nº de discussões da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipes de SF e a comunidade no último ano	33,3	33,3
	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N e AF/PC	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N no último ano	77,8	61,1
Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a AF/PC no último ano		44,4		

	Planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N e AF/PC	Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N	96,3	85,2
		Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam às principais demandas assistenciais referentes a AF/PC	74,1	
	Realização de coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional e de AF/PC	Realização de coleta de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	33,3	24,0
		Realização de coleta de indicadores de AF/PC	22,2	
		Realização de registro dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	33,3	
		Realização de registro de indicadores de AF/PC	22,2	
		Realização de análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	22,2	
		Realização de análise de indicadores de AF/PC	11,1	
	Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC	Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N	100,0	83,3
		Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações AF/PC	66,7	
	Participação das atividades de avaliação e monitoramento relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC	Participação na avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	66,7	47,2
		Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	33,3	
		Participação da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas à AF/PC	55,6	
		Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC	33,3	
	Participação na análise de desempenho da equipe NASF-AB referente às ações de A/N e AF/PC	Participação na análise de desempenho da equipe NASF-AB referente às ações de A/N	77,8	55,5
Participação na análise de desempenho da equipe NASF-AB referente às ações de AF/PC		33,3		
Participação em reuniões das equipes de SF	% de equipes de SF que o NASF-AB participa das reuniões de equipe	77,8	77,8	
Reuniões da equipe NASF-AB	Periodicidade de reuniões de equipe NASF-AB	37,0	37,0	
SUBTOTAL DO COMPONENTE			52,3	
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			58,7	

Fonte: elaboração própria

Legenda: A/N – Alimentação, nutrição; AF/PC – atividade física/práticas corporais; NASF-AB – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PTS – Projeto Terapêutico Singular; PST – Projeto de Saúde no Território; e-SUS – Sistema eletrônico do SUS.

Contexto de implantação do NASF-AB em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina

A abordagem política apresentou 57,1% de categorias favoráveis, classificando-se como favorável à implantação do NASF-AB em relação às ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina.

O conhecimento acerca do processo de trabalho do NASF-AB foi uma categoria favorável do contexto político, pois foi identificado que as EqSF conhecem o NASF-AB e oferecem possibilidade de execução ao seu processo de trabalho:

"eles [*Agentes Comunitários de Saúde*] têm uma mentalidade boa para entender o processo de trabalho, o planejamento, os grupos, quando nós queremos implantar um grupo eles sempre nos apoiam e nós dependemos do apoio deles porque eles são a ponte entre nós e a comunidade." (Profissional do NASF-AB)

De acordo com Andrade *et al*⁹, o reconhecimento de uma equipe especializada de apoio pode abrir margens ao trabalho multidisciplinar ampliando o manejo sobre as peculiaridades da comunidade e suas necessidades, de forma a sanar ou minimizar os problemas emergentes.

Em Petrolina, ainda foi visto que o NASF-AB e as EqSF trabalham com hipertensos e diabéticos de forma a ampliar as responsabilidades de ambas as equipes, sendo uma categoria também favorável:

"Muitas vezes eu chamo e encaminho: 'óh, eu estou encaminhando um paciente, que eu acho que é isso, da uma olhada pra mim'. Eles [*NASF-AB*] fazem, ele faz uns testes, óbvio que ele não segue o diagnóstico, porque ele sabe, até o limite dele, mas dá pra pegar e, olha é bem por aí, dá pra gente fazer isso, enquanto aguardamos uma consulta quilométrica com especialistas" (Médica ESF)

O trabalho multiprofissional baseia-se na busca de respostas no núcleo de competência e responsabilidade de cada profissão, quando as questões advêm justamente da necessidade de sua extrapolação, por meio de práticas em

campos comuns de competência e responsabilidade²⁶. Sendo assim, o NASF-AB vem buscando reconhecer os limites de cada campo de saber. Para tanto, estabelecem nesse percurso parcerias que são na maioria das vezes indispensáveis para aumentar a resolutividade das demandas determinando outra categoria favorável do contexto político:

"Sempre quando eles (*NASF-AB*) podem, eles trazem pessoas tanto da área ligada com as faculdades, ou algum especialista num determinado assunto de saúde, do Centro de Orientação e Assistência Sorológica de Petrolina, ou até mesmo como agora que a gente vai fazer a horta veio o pessoal da AMA, que já é uma parte que mexe com plantas, essas coisas para analisar o solo. Então eles buscam parcerias. (Agente Comunitário de Saúde)

A busca por essas parcerias também foi verificada nos estudos de Volponi *et al*²⁷, Gonçalves *et al*²⁸ e Maciel *et al*²⁹ os quais verificaram que o NASF-AB estabeleceu as parcerias devidas estimulando, assim, reflexões sobre a atuação interdisciplinar e potenciais de mudança de práticas. Traduzidas em ações de alimentação e atividade física, estas práticas vêm sendo inovadas de forma lúdica, criativas e indutoras de relações significativas interprofissionais no âmbito das EqSF proporcionando outra categoria favorável:

"Geralmente (...), como eu falei, a gente sempre trabalha a questão de alimentação saudável com palestra, complementação de vídeo, com oficinas, então a gente busca também sempre estar modificando, não só apresentar a palestra, falar e falar, mas também fazer com que o pessoal entenda o conceito de alimentação saudável, de conhecer os alimentos saudáveis, saber diferenciar, identificar..." (Profissional do NASF-AB)

O contexto político em Petrolina ao ser considerado como favorável demonstra como os atores desenvolvem suas ações de A/N e AF/PC no cotidiano das práticas do NASF-AB, revelando meios por vezes contraditórios à execução das mesmas. As possibilidades e oportunidades emanadas dessas relações poderiam suscitar a troca de saberes, discussões conjuntas e elaboração de planos de cuidados em comum acordo entre os profissionais.

Por outro lado, ao se tratar do contexto estrutural do NASF-AB em relação às ações de A/N e AF/PC em Petrolina, este foi considerado como desfavorável à sua implantação com 57,1% de categorias desfavoráveis.

As estruturas físicas das unidades de saúde da família são desfavoráveis às ações do NASF-AB. No município de Petrolina existe também um arranjo organizacional na atenção primária denominado Atendimento Multiprofissional Especializado (AME), o qual garante um espectro maior de atendimentos pela união de duas ou mais EqSF e um leque maior de serviços de cunho especializado e básico. Mas até nessas AME é visto que existem problemas de infraestrutura para realização das ações do NASF-AB:

“Quando a gente fala hoje da composição de AMEs que Petrolina teve, tem um lado bom e um lado ruim, porque as AMEs foram estruturas construídas recentemente, então a gente acredita que ela tem um padrão moderno com estrutura para acolher esses profissionais e esses pacientes. Só que quando a gente chega na prática nós temos AMEs ou própria UBS que a gente não tem nem pátio externo para desenvolver as ações de educação em saúde.” (Gestor do NASF-AB)

Quando se trata de estrutura física das unidades de saúde da família, este é um fator tratado como negativo em alguns estudos realizados com o NASF-AB^{20,28,30}. Martinez *et al*²⁰ apontam a unanimidade desse problema persistindo em diversos municípios brasileiros e que isso, além de suscitar descompassos na implantação do NASF-AB, é visto em suas origens pelo processo de subfinanciamento crônico do setor saúde.

Outra categoria do contexto estrutural desfavorável são os recursos financeiros para o NASF-AB. Estes são considerados escassos e, além disso, não são específicos para as ações de A/N e AF/PC:

“(…) na realidade a gente precisa aumentar o número de oferta do serviço, porém a quantidade de recursos para financiar em serviço não aumenta.” (Gestor do NASF-AB)

“Não de alimentação. Não é só de alimentação é de forma geral, fisioterapia... pra o NASF-AB de forma geral. Como eu disse a você que a gente trabalha que faz folders, que faz impressões é esse recurso que a gente tem, mas não tem financiamento voltado a isso não.” (Profissional do NASF-AB)

O uso eficiente de recursos locais, muitas vezes já disponíveis, bem como o financiamento direcionado para ações de promoção e prevenção em saúde são essenciais para o adequado controle das DCNT, entretanto, é válido salientar que o escassez de investimentos com recursos financeiros já é apontado nos estudos como fator que implica em descontinuidades do processo de trabalho com essas doenças³¹.

Ademais, outra categoria desfavorável foi os vínculos profissionais. A realidade de contratualização de profissionais com vínculos empregatícios frágeis em Petrolina gera efeitos negativos que se somam aos da implicação anterior dos recursos financeiros:

“Interfere negativamente, por que a gente perde, digamos assim, o fio da meada, a gente vem com um grupo de profissionais trabalhando no ritmo, aí por algum motivo ele se afasta, pede pra sair aí a gente tem que colocar outro que vai começar do zero, (...)” (Direção de Atenção Básica)

Reis *et al*⁸ afirmam que o processo de trabalho dos profissionais de saúde do NASF-AB está relacionado às condições organizacionais nas quais os serviços disponibilizados estão dispostos, sendo esse um dos fatores determinantes para a manutenção dos padrões de qualidade das ações em saúde desenvolvidas.

Outra categoria desfavorável foi o ambiente de trabalho. Em Petrolina, as EqSF são diferentes em diversos aspectos (tamanho, tempo, composição de equipe, fluxos de trabalho, etc.), gerando um ambiente que suscita maneiras diversas da atuação multiprofissional para o NASF-AB:

“Eu tenho sete unidades, não é que todos são iguais. Não são iguais, mas aí dentro das sete eu tenho três que eu consigo

fazer uma atuação maior do que as outras.” (Profissional do NASF-AB)

Sendo considerado como desfavorável, o contexto estrutural revela a necessidade de adaptações do NASF-AB enquanto organização de saúde para que haja uma performance mais efetiva das ações de A/N e AF/PC com usuários hipertensos e diabéticos como forma a otimizar a lógica de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado requisitada para atuação dessa equipe multiprofissional.

Por fim, a análise da totalidade das categorias permitiu inferir que aproximadamente 50% delas foram consideradas favoráveis à implantação do NASF-AB em relação às ações estudadas. Ao se analisar a importância de cada categoria no desenvolvimento das ações, é visto que em muitas delas existem evidências dessas ações serem executadas de maneira que institua o NASF-AB como elemento indutor de mudanças, embora reveladas fragilidades. Sendo assim, o contexto político e contingente final de Petrolina foi considerado favorável.

Análise da relação entre o contexto e o grau de implantação do NASF-AB

A presença de apenas 50% de categorias favoráveis pode explicar a implantação parcial tanto da estrutura quanto do processo do grau de implantação do NASF-AB em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais em Petrolina.

No que tange ao processo de trabalho do NASF-AB foi visto que se encontra parcialmente implantado com critérios variando de 0% a 100% com influência do contexto político.

O conhecimento acerca do trabalho do NASF-AB pode ser um fator que favorece a implantação de alguns critérios do GI do processo, tais como **“atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de saúde da família”** e **“participação em reuniões das equipes de saúde da**

família”, pois existe o reconhecimento da importância de uma equipe especializada de apoio nas atividades da ESF com hipertensos e diabéticos.

Mediante a consulta compartilhada e a participação em reuniões de EqSF, o NASF-AB garante um momento onde há a troca de saberes entre os profissionais e incorporação de novos conhecimentos pelas equipes com proposições de atividades, projetos e pensamentos coletivos^{7,26}. Assim, a existência de profissionais das equipes de referência que reconhece a atuação do NASF-AB e favorece a realização de atividades integradas, pode favorecer a implantação das ações de A/N e AF/PC, contribuindo para a resolutividade das demandas surgidas pelos usuários hipertensos e diabéticos.

A articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento das ações, foi outro critério implantado que pode estar relacionado ao contexto político no que tange aos mecanismos de parcerias para a realização de ações. Ao trabalhar com A/N e AF/PC, o NASF-AB aborda fontes parceiras externas para ajudar nessas ações e essas articulações interinstitucionais são sustentadas por longo tempo. Tal fato corrobora com o que é referido por Assiset *al*³² os quais informam que a manutenção dessas parcerias é necessária para promoção da educação em saúde, o que tende a favorecer a incorporação gradual de novos hábitos de vida.

A **divulgação das informações sobre a temática** foi outro critério considerado implantado que possivelmente pode estar sendo influenciado pelo contexto político ao se tratar da inovação nas práticas. Foi visto que as ações de A/N e AF/PC são desenvolvidas de forma a contemplar as necessidades do território e com caráter criativo e estimulador de novas práticas.

Assim sendo, o NASF-AB de Petrolina contribui para o fortalecimento da capacidade do cuidado das EqSF aos usuários hipertensos e diabéticos de maneira que estes recebem um espectro maior de informações de autocuidado, estilo de vida e adoção de hábitos alimentares saudáveis. A difusão de informações através de ações de educação em saúde e educação

permanente reflete, então, o que o NASF-AB vem trazer de inovação no processo de trabalho das equipes, em outras palavras, proporcionando a produção de novos conhecimentos em ato, ao instituir a gestão coletiva do cuidado com vistas a uma clínica interdisciplinar comprometida.

Ao tratar da estrutura do NASF-AB foi visto que sua implantação parcial configura fragilidades na disposição de itens necessários à execução dessas ações no município de Petrolina. ‘Materiais para as ações’, ‘Materiais informativos’, ‘Computadores com internet’, ‘Equipamentos’, ‘Cadernos de Atenção Básica’, ‘Instrumento para realizar diagnóstico do território’ foram critérios que estiveram parcialmente implantados no município.

A influência negativa do contexto estrutural de implantação do NASF-AB pode ser o fator que explique o baixo percentual obtido no GI. Os recursos financeiros para equipes NASF-AB revelam uma insuficiência de investimentos para suas ações e não têm direcionamento específico para financiá-las. Também é visto que as unidades de saúde da família não possuem equipamentos/materiais mínimos necessários para auxílio nessas ações, mesmo possuindo um arranjo organizacional diferenciado como as AME, e existe uma rotatividade no quadro de profissionais do NASF-AB.

Investimentos para as equipes NASF-AB são referidos na literatura como qualificação profissional e contratação de recursos humanos³¹. A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde⁵ declara ser responsabilidade dos municípios e Distrito Federal o custeio de materiais e ações para o desenvolvimento das atividades mínimas descritas nas tarefas das ações dos diferentes profissionais que irão compor os NASF-AB. Assim, a contratação efetiva de profissionais, sua devida qualificação e distribuição de equipamentos para auxílio nas ações podem ser itens que devem ser manejados de forma profícua para as equipes NASF-AB, promovendo melhorias em torno de sua implantação em Petrolina.

As disposições normativas do NASF-AB requerem a aquisição de uma infraestrutura de suporte como, por exemplo, normativas locais de

funcionamento do NASF-AB, apoiadores institucionais, transporte institucional, qualificação profissional e educação permanente para o NASF-AB, dentre outros itens²⁴. Entretanto, Martinez *et al*²⁰ ressaltam que há semelhanças estruturais importantes na maioria dos municípios brasileiros no que se refere às condições precárias de trabalho do NASF-AB especialmente na infraestrutura, na falta de profissionais efetivos e materiais, as quais expressam a fragilidade da proposta no fortalecimento dos princípios da atenção básica e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde.

Considerando-se a premissa da interdisciplinaridade, a utilização dos espaços físicos não deve ficar restrita à lógica de espaços exclusivos para o NASF-AB e, sim, ser compartilhado entre diferentes profissionais e atividades. Esse compartilhamento é o que vai permitir a construção de uma nova forma de trabalho em saúde centrada no usuário, com qualidade, resolutividade e equidade²¹.

Por fim, é claro salientar que estrutura e processo do NASF-AB para as ações de A/N e AF/PC possuem relações mais complexas com seus fatores tanto estruturais quanto políticos. Ao favorecer as ações, o contexto político abre a oportunidade do NASF-AB elaborar processos educativos, assistência clínico-pedagógica e gestão integrada do território de maneira a contemplar a maioria dos critérios estabelecidos no seu ML; entretanto, o contexto estrutural não permite o êxito dessas ações em virtude de uma estrutura fragilizada que dificilmente sustenta essas práticas.

CONCLUSÕES

As normativas do NASF-AB revelam que suas ações de A/N e AF/PC devem ser realizadas pautando-se nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como no trabalho interdisciplinar, intersetorial, ético, resolutivo, longitudinal, acolhedor, com vínculo e responsabilização.

Considerando sua implantação parcial em Petrolina, evidencia-se que há ações na dimensão estrutura e processo que não vem sendo executadas pelo NASF-AB, o que pode estar favorecendo na fragmentação do cuidado ou não realização de algumas dessas ações que promovam hábitos saudáveis para o público com HAS e DM.

O contexto, apesar de ser considerado favorável, apontou diversos elementos que não favorecem a implantação dessas ações pelo NASF-AB, necessitando haver mudanças de ordem política e estrutural que visem fortalecer o papel do NASF-AB nessas temáticas frente ao cuidado em saúde prestado aos usuários hipertensos e diabéticos.

Ficou evidenciado que o estudo de análise de implantação ofereceu recursos metodológicos oportunamente válidos para a tentativa de verificar as oportunidades e fragilidades que o NASF-AB vem tendo no município de Petrolina ao se trabalhar com ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais. Esses resultados poderão ser utilizados para subsidiar os gestores na tomada de decisão, promovendo as melhorias necessárias nas ações em saúde desenvolvidas pelo NASF-AB.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Bortoluz S, Lima LA, Nedel FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. *Ciência & Saúde* 2016; 9(3):156-166.
3. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo, PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(Supl): 126-34.
4. Goulart FAA. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasília: OPAS; 2011.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Amaral MN, Silva MEK. Atuação do nutricionista no núcleo de apoio à saúde da família: desafios da interdisciplinaridade no cuidado à saúde. *Trab. Educ.* 2015; 24 (2): 143-55.
7. Furtado GVM, Knuth AG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* 2015; 20 (5): 514-23.
8. Pinheiro CTMA. *Gestão das Doenças Crônicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários - Unidade E* [dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta; 2009.
9. Andrade LMB, Quandt FB, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transform. Soc.* 2012; 3 (1): 18-31.
10. Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005.
11. Champagne F. A análise de implantação. In: Brousselle A, Contandriopoulos A-P, Hartz Z organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217 – 238.
12. Prefeitura Municipal de Petrolina (PMP). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Petrolina: SMS; 2013.
13. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005.
14. Denis J, Champanhe F. Análise da implantação. In: Hartz, ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Lira RC. *Elaboração e validação de um questionário para avaliação da implantação do componente alimentação, nutrição e atividade física do NASF em Pernambuco, PE* [trabalho de conclusão de residência]. 2017. Recife (PE): IAM/FIOCRUZ; 2017.

17. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter. Mov.* (Online) 2016; 29 (4): 741-50.
18. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1): 01-09.
19. Fagundes AA. *A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
20. Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde Debate* 2016; 40 (110): 95-106.
21. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS.. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde Debate* 2013; 37 (99): 672-80.
22. Souza TT, Calvo, M.C. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Rev. Saúde Soc.* 2016; 25 (4): 976-87.
23. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo saúde* 2010; 34 (1): 92-96.
24. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface Comun. Saúde Educ.* 2017; 21 (62): 65-78.
26. Correia PCL, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ASF). *Saúde Debate* 2017; 41 (espec.): 345-59.
27. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde Debate* 2015; 39 (espec.): 221-31.
28. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros, JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2015; 40 (131): 59-74.

29. Maciel MS, Coelho MO, Marques LARV, Rodrigues Neto EM, Lotif MAL, Ponte ED. Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família – NASF. *Saúde (St. Maria)* 2015; 41 (1): 117-22.
30. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Araújo Neto JD, Moreira AKF, Filgueiras MC. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. *Rev. Bras. Promoção Saúde* 2014; 27 (2): 224-31.
31. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev. bras. ativ. fis. Saúde* 2012; 17 (3): 88-194.
32. Assis LC, Simões MOS, Cavalcanti AL. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde* 2012; 14 (2): 65-70.

**Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde: a mediação do
Núcleo de Atendimento ao Cliente**

*Regulation of Access to Health Services: mediation of the Customer
Service Center*

*Regulación del Acceso a los Servicios de Salud: la mediación del
Centro de Servicio al Cliente*

Jamyle Martins de Sousa¹

Karen Lopes Felipe²

Karen Lopes Felipe³

Maria Andrezza dos Santos Nascimento⁴

Francisca Aparecida Pinheiro Cavalcante⁵

Lucia Conde de Oliveira⁶

RESUMO

O poder público implantou a estratégia de regulação do acesso como forma de organizar o sistema de saúde e garantir o ingresso aos serviços de saúde. Com a regulamentação da RAS, através da Portaria nº 4.279, a Regulação Assistencial visa garantir o ingresso aos serviços de saúde, possibilitar a integralidade do cuidado e a comunicação entre os serviços de saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar os processos de regulação do acesso dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em três Unidades de Atenção Primária do município de Fortaleza, com gerentes das unidades e trabalhadores do Núcleo de

⁴¹ jamylemartins@gmail.com

² karen.lopes13@gmail.com

³ suzianefabricio@gmail.com

⁴ andrezzanascimento@gmail.com

⁵ cida0411@hotmail.com

⁶ conde.lucia@gmail.com

Atendimento ao Cliente (NAC). A realidade do município de Fortaleza demonstra um avanço no fluxo de atendimentos com a implantação da Central de Regulação e do Núcleo de Atendimento ao Cliente, entretanto a oferta ineficiente de serviços, a ausência de sistemas informatizados integrados, dificultam o atendimento especializado gerando filas de espera virtuais que comprometem significativamente a integralidade da atenção e qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Regulação do acesso à saúde.

ABSTRACT

The government has implemented a strategy to regulate access as a way of organizing the health system and guaranteeing access to health services. With the regulation of the RAS, through Ordinance No. 4,279, the Assistance Regulation aims to guarantee access to health services, to enable comprehensive care and communication between health services. This study aims to analyze the processes of regulating access within the Health Care Network in the city of Fortaleza. This is a qualitative study, developed in three Primary Care Units in the city of Fortaleza, with unit managers and workers from the Customer Service Center (NAC). The reality of the city of Fortaleza shows an advance in the flow of services with the implementation of the Regulation Center and the Customer Service Center, however the inefficient service offer, the absence of integrated computerized systems, hinder the specialized service generating queues that significantly compromise the integrality of care and quality of health services.

Keywords: Single Health System; Primary Health Care; Regulation of access to health.

RESUMEN

Las autoridades públicas implementaron la estrategia de regular el acceso como una forma de organizar el sistema de salud y garantizar el acceso a los servicios de salud. Con la regulación del RAS, a través de la Ordenanza N ° 4.279, el Reglamento de Asistencia tiene como objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud, para permitir la atención integral y la comunicación entre los servicios de salud. Este estudio tiene como objetivo analizar los procesos de regulación del acceso dentro de la Red de Atención de Salud en la ciudad de Fortaleza. Este es un estudio cualitativo, desarrollado en tres Unidades de Atención Primaria en la ciudad de Fortaleza, con gerentes de unidades y trabajadores del Centro de Servicio al Cliente (NAC). La realidad de la ciudad de Fortaleza muestra un avance en el flujo de servicios con la implementación del Centro de Regulación y el Centro de Atención al Cliente; sin embargo, la oferta de servicio ineficiente, la ausencia de sistemas computarizados

integrados, obstaculizam las colas de generación de servicios especializados, que comprometen significativamente la integralidad de la atención y la calidad de los servicios de salud.

Palabras-clave: Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Regulación del acceso a la salud.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um longo processo de lutas sociais no sentido de consolidar o Estado democrático de direito, cujo marco se deu por meio da Constituição Cidadã e as leis orgânicas da saúde, modo pelo qual o Estado intervém na sociedade para assegurar o arcabouço institucional do sistema de saúde. A Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990¹ instituiu o SUS e estabeleceu uma política de saúde pública pautada na concepção ampliada de saúde, compreendendo-a como determinada e condicionada pelas condições sociais, de vida e trabalho da população.

Ao longo dos anos, o SUS avançou nos marcos legais e muitos passos foram dados no sentido da mudança no modelo de atenção, entendido aqui como saberes e práticas utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas². Contudo, um dos principais desafios para a consolidação do sistema de saúde brasileiro consiste em superar as profundas desigualdades em saúde, respeitando a diversidade regional e local.

Nessa lógica, um passo significativo no sistema é a Atenção Primária à Saúde (APS), que dentro da proposta do modelo organizativo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), é considerada a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, tendo a Estratégia Saúde da Família como forma principal de organização da APS. Contudo, sabe-se que muito ainda precisa ser feito para sua qualificação e para que essa mudança signifique de fato a superação de um sistema de saúde fragmentado, com processos de cuidado centrados essencialmente no hospital e na cura das doenças.

Nesse sentido, a categoria acesso é de suma importância na formulação e implementação de políticas públicas, apresentando um elevado potencial para a organização do sistema de saúde brasileiro. Assim, a reflexão aqui proposta compreende-a como um fenômeno social, que contém em si uma multidimensionalidade, envolvendo tanto aspectos políticos, econômicos e sociais quanto organizativos, técnicos e simbólicos e que extrapola a dimensão geográfica.

No esforço de resolver, ou, ao menos amenizar a problemática do “não acesso”, o poder público implantou a estratégia de regulação do acesso: uma forma de organizar o sistema de saúde para o enfrentamento da demanda maior que a oferta de serviços públicos de saúde.

Assim, a Regulação ganha destaque no SUS, a partir das Normas Operacionais de Assistência e se configura como um dos eixos estruturadores do Pacto de Gestão, que consolida o processo de descentralização, com responsabilidades compartilhadas pelos entes federados, de modo a produzir ações integrais de assistência à saúde, em função das necessidades da população, buscando o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS³.

Conforme Merhy⁴, a regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores. A intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços, nos seus diversos aspectos, pode ser caracterizada como mecanismo de regulação.

De acordo com Cecílio *et al*⁵, na sua dimensão operacional, a regulação assistencial é compreendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades dos cidadãos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de complexos reguladores, articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos, além das ações de avaliação e controle.

Desse modo, em seu Art. 2º, a Política de Regulação do SUS⁶ é definida em três dimensões que devem estar integradas para a sua efetivação, são elas: Regulação de Sistemas de Saúde, com foco nos sistemas municipal, estadual e nacional de saúde, estabelecendo macrodiretrizes e o monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; Regulação da Atenção à Saúde, que:

[...] tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos.⁵

Esta é executada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde para garantir a efetivação das ações e serviços de saúde, realizando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS⁶.

E a Regulação do Acesso à Assistência à Saúde, dimensão priorizada neste estudo, ocorre pela disponibilidade da atenção às urgências, consultas e exames especializados, e leitos. Apresenta como objetos a regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências; a organização, gerenciamento, priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, controle de leitos e agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; estabelecimento de referências em distintos níveis de complexidades, com abrangência local, intermunicipal e interestadual, com a pactuação de fluxos e protocolos⁶.

Com a implementação da RAS, através da Portaria nº 4.279, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reafirmada como coordenadora do cuidado, sendo a principal porta de entrada do SUS⁷. Nessa nova conjuntura, os mecanismos de Regulação do Acesso são aperfeiçoados para garantir o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integralidade do cuidado e comunicação entre os serviços de saúde. Nesse sentido, Silva *et al*⁸ considera o fortalecimento da atenção básica e da regulação como um dos elementos necessários para a

consolidação das Redes de Atenção à Saúde, uma vez que é imprescindível fortalecer a regulação nas regiões de saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os processos de regulação do acesso dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza na perspectiva da integralidade do cuidado.

2. METODOLOGIA

A pesquisa Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde de Fortaleza teve como objetivo analisar os processos de regulação do acesso dentro da Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza na perspectiva da integralidade do cuidado. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado através de pesquisa de campo, desenvolvida no município de Fortaleza, de agosto de 2016 a junho de 2017, em duas unidades da Secretaria Regional V e uma unidade da Secretaria Regional III do município, onde foram analisadas as percepções dos gerentes das três unidades referidas e oito trabalhadores do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), operadores do sistema de regulação na unidade de saúde.

Foram realizadas visitas às unidades para observação direta em dias e turnos predefinidos e entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas. Cada NAC possuía uma média de três trabalhadores, e em duas unidades foram entrevistados todos os integrantes, em uma entrevistamos apenas dois sujeitos.

Para preservar o sigilo dos informantes, as unidades foram identificadas pelos números 1, 2 e 3. Quanto aos entrevistados, estes estão divididos entre os gerentes das unidades, que serão identificados pela letra G e o número da unidade, e os trabalhadores do NAC, identificados pela letra T, seguidos por numeração.

Para a realização deste estudo, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o Parecer nº880.192/2014, atendendo às normas emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, foi

elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pelos sujeitos e pelos pesquisadores (responsáveis e colaboradores) em duas vias de igual teor.

Este estudo é parte da pesquisa Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção desenvolvida pelo Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Fortaleza conta com uma população de 2.452.1852⁹ habitantes, conforme o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017, o município está administrativamente dividido em seis Secretarias Regionais, abrangendo 119 bairros.

A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde composta por 104 Unidades de Atenção Primária à Saúde e mais um conjunto de pontos de atenção de diferentes níveis de complexidade

A partir de 2013, a gestão de Fortaleza optou por reorganizar e reestruturar os serviços de saúde a partir das RAS, com vistas a promover uma maior articulação entre os pontos da Atenção à Saúde, garantindo maior eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Para tanto, optou pela implementação de quatro Redes Temáticas de Atenção, sendo elas: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências. E estabeleceu a APS como coordenadora do cuidado, promovendo uma série de ações para o fortalecimento desta, tais como:

[...] melhorias na estrutura, [...] aumento da cobertura de equipes completas da Estratégia Saúde da Família (ESF); construção reforma e/ou ampliação de unidades de atenção primária à saúde - UAPS; aquisição de mobiliário e equipamentos médicos e de odontologia; implantação do Prontuário Eletrônico, do Cartão SUS e do ponto eletrônico para os profissionais; sistema de videomonitoramento; implantação do núcleo de atendimento ao cliente; implantação de postos de coletas de exames e da lista padronizada de medicamentos da APS^{10 (34 - 35)}.

Os pontos salientados pelo Plano Municipal de Saúde já estavam em funcionamento nas UAPS pesquisadas. E as mudanças do sistema de regulação do acesso aos serviços de saúde foram observadas. Dentre as novidades, destaca-se a implantação do Núcleo de Atendimento ao Cliente, que antes de 2013 era conhecido por Sistema de Arquivo Médico Estatístico (SAME). Outra novidade foi a transferência da Central de Regulação Municipal para a Secretaria de Saúde do Estado e a unificação do sistema operacional. Esse processo está descrito em seguida por meio das falas dos entrevistados.

3.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O perfil dos entrevistados quando a tempo de serviço participação em entidades sindicais e vínculo empregatício podem ser observados na tabela abaixo:

TABELA 01: PERFIL DOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADOS	TEMPO DE SERVIÇO	PARTICIPAÇÃO EM ENTIDADES SINDICAIS	VÍNCULO EMPREGATÍCIO
G1	3 anos	Sim	Estatutário
G2	Não informado	Sim	Estatutário
G3	3 anos	Não	Não informado

T1	3 anos	Sim	Terceirizado
T2	Não informado	Não	Terceirizado
T3	3 anos	Não	Terceirizado
T4	4 anos	Não	Terceirizado
T5	5 meses	Não	Terceirizado
T6	3 anos	Não	Terceirizado
T7	3 anos	Não	Terceirizado
T8	2 anos	Não	Terceirizado

Fonte: Elaborada pelas autoras (2017).

Como mostra o quadro, sobre o vínculo empregatício percebe-se uma realidade diferente entre o regime contratual dos gerentes e os trabalhadores do NAC. Os gerentes são em sua maioria estatutários, já os demais entrevistados são todos terceirizados, possuindo vínculo com o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), organização social de direito privado que atua na área de gestão em saúde e presta serviços à Prefeitura de Fortaleza. Por meio de um contrato de gestão, o ISGH é responsável pela contratação de pessoal dos setores NAC, farmácia, exames laboratoriais e provimento de insumos para todas as unidades de atenção primária de Fortaleza¹¹.

Nesse contexto, a concepção neoliberal diante das crises econômicas passa a criticar o modelo de intervenção do Estado no provimento de serviços sociais, optando pela privatização desses serviços contratando entidades privadas para operacionalizar as políticas públicas, ou seja, a execução dos serviços de saúde por entidades não estatais financiadas pelo setor público, denominadas Organizações Sociais (OS)¹².

A terceirização no serviço de saúde pública com a implementação das organizações sociais demonstra a transferência de recursos públicos para instituições privadas que passam a assumir um serviço essencial à sociedade,

que é dever do Estado. Além de ampliar a diversidade de modalidades de terceirização da esfera pública, onde os serviços públicos passam a ser realizados pelos mais diferentes trabalhadores, muitas vezes empregados de forma precária. Marcando assim, a diminuição de funcionários públicos e o aumento de funcionários terceirizados, sem vínculo permanente¹³.

Existem trabalhadores contratados diretamente pelo ISGH que, por sua vez, celebra contratos de terceirização com outras empresas, revelando uma quarteirização de mão de obra, como pode ser observado na fala do trabalhador 5:

[...] eu sou responsável também pelo pessoal da QUIOMA e da SERBAL, que é os porteiros, os vigilantes e o pessoal dos serviços gerais [...] eles são terceirizados também, como se fosse terceirizado do terceirizado (T-05).

Nota-se que o processo de terceirização marca não só a transferência de recursos públicos para instituições privadas, como também a fragilização do vínculo profissional destes trabalhadores e a crescente precarização do trabalho e a desvalorização do trabalhador.

3.3 O NAC CONFORME OS TRABALHADORES

Os trabalhadores que atuam no NAC o compreendem como um serviço de acolhimento, prestação de informações e atendimento aos usuários do SUS no município. É um espaço físico na APS, mas atua conectando os usuários aos diferentes níveis de Atenção à Saúde, como destaca o trabalhador T-03, ao apresentar o NAC como:

[...] um serviço onde nós prestamos o serviço à população, com informações a respeito do atendimento da unidade, informações sobre o atendimento do paciente fora da unidade, [...] comunicamos ao paciente em relação a tudo o que o sistema do SUS oferece (T-03).

Essa articulação com os outros níveis de Atenção à Saúde ocorre por meio da marcação de consultas e exames para os demais serviços de saúde do município. Entretanto, o NAC também marca as consultas, para a própria APS. O trabalhador T-04 resume o trabalho do NAC como “*o setor de marcação de consultas especializadas e exames*”.

Em síntese, o serviço ocorre por meio da marcação de exames e consultas e ‘esclarecimento’ da população a respeito do funcionamento do serviço. Consistindo em um atendimento voltado a recepcionar, registrar e informar as demandas dos usuários.

Por conseguinte, o NAC assume uma posição central dentro da unidade, uma vez que seu atendimento perpassa desde a entrada na APS até o encaminhamento para demais serviços de saúde como podemos observar no relato do trabalhador T5:

Eu sempre costumo dizer que eu acho que o NAC é meio que como se fosse o coração da unidade, né? Porque para tudo tem que passar por ele, vai da abertura das agendas às marcações, as solicitações de exame, exame de fila de espera, tudo se passa por ele (T-05).

Vale ressaltar que as ferramentas tecnológicas são de fundamental importância para o bom desempenho das atividades. Há uma dependência dos sistemas informatizados, o que compromete a realização do trabalho quando estes não estão disponíveis, como as falas revelam a seguir:

Eu acho que a maior dificuldade é essa mesmo do sistema que sempre dá problemas [...] Todo dia sai fora do ar. Só que tem dias que tem mais escalas ou menos escalas né... agora está frequentemente. [...]. A única coisa que a gente faz quando o sistema está fora do ar é: se vier com o exame de sangue manual, a gente marca. Mas o resto a gente fica basicamente sem fazer nada (T-04).

Quanto à comunicação com a Central de Regulação, não há um contato direto entre os trabalhadores do NAC e o serviço. A comunicação fica a cargo

da administração da unidade de saúde, juntamente com os supervisores do NAC, que repassam o que é necessário para os demais funcionários do Núcleo.

[...] o acesso é direto entre a coordenação e o médico regulador, entendeu? Então, o paciente vem sempre na unidade, no caso de procedimentos que estão em regulação, não há necessidade de vir diariamente, mas pelo menos uma ou duas vezes na semana averiguar como está o processo e esse processo a gente verifica direto na tela do sistema, mas nós diretamente do NAC nós não temos como agilizar (T-03).

A fala em questão também permite observar a divergência entre as orientações a respeito do acompanhamento do processo de marcação por parte dos usuários, nas quais os trabalhadores de uma unidade solicitam o retorno do usuário à UAPS para verificar a disponibilidade de vaga, e os trabalhadores de outra unidade dizem que estes devem aguardar o resultado no domicílio.

Durante as entrevistas e observações dos trabalhadores dos Núcleos, percebeu-se nas falas um conhecimento incipiente acerca da regulação e o funcionamento das RAS como se observa na fala do entrevistado T-01, “Só teve um treinamento referente ao cartão do SUS, que a gente deve pegar os dados do paciente, mas com relação à secretaria de saúde, não”.

Além disso, percebe-se uma hierarquia entre os trabalhadores para definir o acesso aos espaços de formação, onde oportunizam-se cursos e formações para os trabalhadores em cargo de supervisão e gestão, deixando os demais à mercê do repasse destas informações durante o cotidiano na unidade. Conforme o trabalhador T8 “Geralmente, [cursos e formações] é só com a gente [supervisores e gerentes], aí eu repasso para eles [os demais trabalhadores do núcleo]”.

Nessa lógica, as limitações com relação ao entendimento dos temas anteriores podem se explicar pela ausência de uma compreensão ampliada do processo de trabalho no qual estão vinculados. O que podemos observar é que os trabalhadores atuam sem o conhecimento mais amplo sobre a regulação e sua importância para o funcionamento das RAS. Dessa forma, evidencia-se a predominância do modelo tradicional de gestão em que os processos são

organizados de forma centralizada por normas, protocolos e programas, com sujeitos operando em uma lógica normativa¹⁴.

Assim, ressalta-se que a ausência dos espaços de formações prejudica o sistema, o serviço e, conseqüentemente, os usuários, limitando as ações profissionais, que dizem muito sobre a qualidade dos serviços. Desse modo, os espaços de educação permanente são necessários para a melhoria da percepção sobre seu campo de trabalho, melhorando o atendimento aos usuários e a operacionalidade do sistema.

Mediante algumas falas, percebe-se que a regulação ‘funciona’ no sentido de agendamentos de consultas para especialidades médicas, onde pode haver demora na liberação, mas o usuário tem a ‘certeza’ de seu agendamento. Contudo, essa certeza é contrariada com a informação de que o pedido expira e o usuário volta à estaca zero”, conforme o Trabalhador T-03, pois, “se até 30 dias não é agendado ele se expira pelo sistema”.

Mesmo com tais contradições, os entrevistados apresentam o sistema como um ganho para a população, destacando que não há mais a necessidade de se chegar à unidade durante a madrugada para conseguir fichas.

3.4 MECANISMOS DE REGULAÇÃO DO ACESSO EM FORTALEZA PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, através da Central de Regulação Municipal, assume a responsabilidade pela organização do acesso dos usuários do SUS às consultas e exames/procedimentos especializados a fim de garantir um atendimento integral, humanizado e equânime. O trabalho de regulação da assistência consiste em conhecer a demanda por serviços de saúde e disponibilizar, de forma ordenada, a oferta existente.

A Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados é uma das estruturas componentes do complexo regulador, que compreende toda ação/meio do processo regulatório, ou seja, recebem as solicitações de

atendimento, processam e agendam. Para tanto, a central conta com um sistema tecnológico informatizado e integrado às unidades prestadoras e às unidades solicitantes, além de equipamentos e recursos humanos. Ela é responsável pela parte operacional do processo regulatório.

Os procedimentos solicitados chegam à central por meio do sistema informatizado de regulação denominado Unisus Web que integra os estabelecimentos da rede do SUS e são operacionalizados por meio do Complexo Regulador do Ceará. O Unisus Web implantado em 2014, conta com aspectos tecnológicos e funcionais de última geração, operando via internet, com todos os processos e unidades conectados em tempo real, com informações sintetizadas voltadas para a tomada de decisão e controle efetivo do acesso aos leitos de urgência/emergência, agendamento de procedimentos ambulatoriais de médio e alto custo/complexidade¹⁵.

Segundo os entrevistados, a comunicação acontece a partir do sistema informatizado Unisus Web, desde o momento que o médico faz o pedido do procedimento. Esses procedimentos são classificados de duas formas: procedimentos regulados e não regulados.

Os procedimentos regulados referem-se aos procedimentos de alto custo ou aqueles em que há um número reduzido de profissionais especializados. Após solicitados pelo médico da APS, estes precisam aguardar a avaliação do médico regulador da Central de Regulação, que com base nos dados clínicos classifica o grau de prioridade do atendimento em baixo, médio e alto risco. Após essa avaliação, as solicitações seguem para os operadores da central que, observando o grau de prioridade e a data de solicitação faz o agendamento do procedimento.

No caso de procedimentos não regulados, o usuário se encaminha ao NAC com a solicitação do procedimento, o Trabalhador do NAC insere a solicitação na Central e, havendo a vaga, o procedimento é agendado e comunicado ao usuário.

[...] quando o médico faz o pedido do procedimento, esse procedimento é migrado ao UNISUS WEB, que é o sistema de agendamento de serviço especializado. A partir disso, a unidade de saúde vai encaminhar essa solicitação para central de marcação de consultas, através do próprio sistema. A Central vai oferecer ou não a vaga (G-03).

No caso da vaga estar disponível, o usuário sai com o procedimento agendado. Se não houver vaga, o usuário precisa aguardar a vaga ser disponibilizada pelo sistema.

O Trabalhador T-08, relata como é feita a marcação de consultas para os atendimentos na ESF e posterior agendamento de procedimentos para outros níveis de atenção. Nessa fala, ele destaca ainda a falta de médicos para algumas equipes de saúde da família e, nesses casos, ele será atendido pelo profissional que estiver atendendo às demandas espontâneas no acolhimento:

O paciente vem na unidade, ele tem um agente de saúde, dependendo da área dele a gente marca a consulta para o médico. Um problema grande que a gente está tendo agora é a falta de médicos em duas das equipes, aí essas pessoas vêm no dia do acolhimento e isso sobrecarrega, porque às vezes não é urgência, mas como ele não tem médico acaba sendo atendido como se fosse. E eles querem ser atendidos, não importa como. Aí o médico solicita o exame, e o paciente vem para o NAC e agenda (T-08).

Assim, que a vaga é ofertada, o paciente é informado por contato telefônico ou através do ACS, para que este possa comparecer a unidade e pegar a autorização com todas as informações sobre o procedimento.

De acordo com os dados produzidos no estudo foi possível compreender como o sistema de marcação opera. As escalas são colocadas no sistema pelos prestadores até o quinto dia útil de cada mês, com todas as informações, ou seja, a quantidade das vagas ofertadas para cada tipo de procedimento, os prestadores responsáveis pelos atendimentos, os profissionais segundo as especialidades e as datas disponíveis. A liberação dessas escalas é sistematizada de modo que o sistema disponibilize vagas todos os dias para as unidades solicitantes.

Contudo, vale ressaltar que a partir do momento que o sistema libera as vagas, todas as UAPS as visualizam ao mesmo tempo, ou seja, a agilidade e o compromisso profissional por parte dos trabalhadores do NAC fazem toda a diferença, tendo em vista que a demanda é sempre superior que a oferta por serviços.

Uma das principais queixas dos trabalhadores está relacionada à oferta de vagas pelo sistema. O Gerente 01 fala sobre o grande número de atendimentos em espera, definidos como demanda reprimida, uma reconfiguração das famosas ‘filas de espera’, nem chegando a entrar no sistema, mas existindo no campo do real.

[...] o paciente vem até o NAC, e o paciente é colocado no programa [Sistema], aí tem 2 possibilidades: esse paciente vai pra um sistema de regulação ou esse paciente é atendido numa demanda reprimida e o nosso grande problema é nessa demanda reprimida. (G-01).

O entrevistado T-05 conta que o usuário pode passar meses nessa fila de espera aguardando vaga. Além disso, o profissional ainda tem de recolocar no sistema todos os pacientes que aguardam por atendimento, mas que tiveram sua solicitação expirada no sistema.

[...] Mensalmente, eu tenho que pegar esses pacientes que foram expirados na fila e tenho que colocar no sistema de novo. [...] a guia médica, a solicitação, ela tem validade por seis meses. [...] Aí ao invés dele vir até a unidade e a gente dizer “Olha, hoje não tem a vaga, volte amanhã”. Não, a gente vai pegar o encaminhamento vai colocar na guia que já foi inserido, vai fazer essa anotação e, diariamente, a gente vai ver se tem alguma vaga disponível e aí, já faz a marcação, entra em contato através do telefone ou então, manda o boleto da marcação através do Agente de Saúde (T-05).

Diante desses dados, faz-se necessário refletirmos sobre algumas questões: Essa dinâmica de liberação de vagas que está sendo utilizada fortalece a APS como coordenadora do cuidado? A Regulação do Acesso como instrumento de gestão, que objetiva a priorização do acesso e dos

fluxos assistenciais, legitima os princípios da universalidade, da integralidade e, por fim, com o princípio da equidade garantida constitucionalmente pelo SUS?

Paim (2006)¹⁶ esclarece que a grande problemática quanto ao acesso ao SUS se encontra nas filas de espera para marcação de consultas. Lima e Oliveira¹⁷ elucidam que o grande obstáculo encontrado pelos usuários é o acesso ao serviço em níveis secundários e terciários da atenção, colocando-se como o principal desafio para a materialização do princípio da universalização da política de saúde.

As autoras também destacam que este cenário é motivo de angústia para os usuários que tentam buscar estratégias para suprirem suas necessidades como a compra direta de serviços particulares ou a obtenção de planos de saúde. Contudo, grande parcela da população que não tem condições de desfrutar desses meios fica à mercê na espera pelo atendimento.

Outro aspecto relevante trata-se da responsabilidade da central em fazer os agendamentos para os procedimentos solicitados judicialmente, que não passam pelo fluxo da regulação e são agendados imediatamente.

Nesse sentido, a questão da judicialização da saúde é um tema que envolve certa polêmica, pois quem entra por via judicial acaba sendo priorizado em detrimento daqueles que aguardam nas filas virtuais, uma vez que a oferta é insuficiente. Conforme Polakiewicz¹⁸, a judicialização aparece como resposta a deficiências presentes na política de saúde do local. O que requer alto investimento público, uma vez que as demandas via judicialização são aquisições não programadas.

Portanto, apesar da regulação assistencial objetivar a promoção da equidade do acesso aos serviços de saúde, no sentido de garantir a integralidade da assistência, utilizando-se de estratégias como a organização de centrais de regulação do acesso por temas ou áreas assistenciais, observa-se que esse processo enfrenta dificuldades significativas.

4. CONCLUSÃO

A partir deste estudo, compreendemos a regulação do acesso como ferramenta fundamental para a organização e promoção do acesso aos serviços de saúde, bem como instrumento de ligação entre os níveis de atenção à saúde.

A realidade do município de Fortaleza demonstra um avanço no fluxo de atendimentos com a implantação da Central de Regulação e do Núcleo de Atendimento ao Cliente. Nesse cenário, a APS aparece como lócus da regulação, tendo em vista que é na unidade que os encaminhamentos acontecem, onde os usuários buscam por informações e realiza-se o atendimento inicial de suas demandas. Percebe-se a construção de um elo entre os serviços de saúde, uma vez que a comunicação entre estes torna-se constante mediante a implementação de sistemas de informação que permitem o acompanhamento das ações e serviços ofertados nas redes de atenção à saúde.

Entretanto, o estudo evidencia que apesar dos avanços, os desafios são constantes diante de uma oferta de serviços de saúde insuficiente, associado à ausência de integração entre os sistemas informatizados, dificultando a comunicação. O baixo financiamento e a conseqüente oferta insuficiente de serviços são alguns fatores que comprometem significativamente a integralidade da atenção e a qualidade dos serviços.

5. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de Set 1990.
2. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. *In*: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, p. 287-301, 2014.

3. Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. [Acesso em: 2017 jul. 26]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf
4. Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 Jul. [Acesso em: 2017 jul. 26]. 30 (n.7: 1502-1514. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701502&lng=pt&tlng=pt
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui uma Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 04 ago. 2008.
7. Brasil. Portaria nº 4.279, 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010.
8. Silva SF, Carvalho G, Júnior HMM, Medeiros, *et al.* Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS. 2.ed.Campinas: Saberes, 2013.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). IBGE Cidades [internet]. [Rio de Janeiro] [data desconhecida] [acesso em: 2017 jul 16]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ce/fortaleza/panorama>
10. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde (Fortaleza). Plano Municipal de Saúde 2014-2017. [internet]. [Fortaleza]: Secretaria Municipal da Saúde; [2017]. [acesso em: 2017 jul 26]. Disponível em:
http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u1815/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf
11. Ponte DCF. Política de Humanização na estratégia de saúde da família: Caso de uma unidade no município de Fortaleza/Ce [dissertação] [internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014. 121 p. [acesso em: 2017 jul 18]. Disponível em:
<http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%C3%89BORA%20CARDOSO%20FERREIRA%20DA%20PONTE.pdf>
12. Silva MV, Lima SML, Teixeira M. Organizações sociais e fundações estatais de direito privado do sistema único de saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. Saúde em Debate [internet]. 2015

Dez [acesso em: 2017 mai 13]; 39 (nº Especial):145 – 159. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00145.pdf>

13. Druck G. A terceirização da saúde pública: Formas diversas de precarização do trabalho. Revista Trabalho, Educação e Saúde [internet]. 2016 [acesso em: 2017 jul 18]; 14 (supl.1):15-43. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0015.pdf>

14. Ponte HMS, Oliveira LC, Ávila MM. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). Revista Saúde em Debate [internet]. 2017 [acesso em: 2017 jul 18]; 40(108): 34-47. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00034.pdf>.

15. Ceará. Secretaria e Saúde do Estado. Disponível em:
<https://www.saude.ce.gov.br/2014/01/02/unisus-web/>. Acesso em: 17 de abril de 2017.

16. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

17. Lima DCM, Oliveira LC. Acesso aos Serviços de Saúde: espera, sofrimento e incerteza. *In*: Oliveira LC, Ávila MMM, Maia LFRB, organizadores. Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE; 2012.p.91-108.

18. Polakiewicz RR. Judicialização da saúde: A luta pelo direito à saúde e os processos de acesso/barreira ao cuidado[dissertação] [internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018. 113 p. [acesso em: 2018 set 11]. Disponível em:
<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/5955/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20judicializa%C3%A7%C3%A3o%20da%20saude%20a%20luta%20pelo%20direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.pdf>

Artigo

Uso de plantas medicinais como coadjuvante terapêutico na visão da equipe de referência no município de Icapuí

Use of medical plants as a therapeutic assistant in the vision of the reference team in the city of Icapuí

Uso de plantas médicas como asistente terapêutico en la visión del equipo de referencia en la ciudad de Icapuí

Luana Keity Lima Silva¹

RESUMO

Objetivo: descobrir qual o posicionamento dos participantes sobre o uso de plantas medicinais evidenciando a importância ou não das mesmas como uma forma de terapia coadjuvante. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no município de Icapuí – CE, com 13 profissionais que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio da utilização de um formulário estruturado com questões consonantes com o objetivo proposto. **Resultados e Discussão:** Os relatos evidenciaram que todos os profissionais já haviam feito uso de plantas medicinais, contudo muitos não detinham o conhecimento científico sobre indicações, contra indicações e profilaxia. Os profissionais que incentivam o uso das plantas pelos usuários não conheciam completamente o modo de preparo de acordo com a parte da planta a ser utilizada. **Conclusão:** Assim, pode-se observar que o uso de plantas medicinais/fitoterápicos se faz pouco presente na vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) da população de Icapuí, e profissionais como forma de medicina alternativa e complementar, entretanto, torna-se necessária uma melhor e maior difusão de conhecimentos acerca do uso adequado e efeitos provocados pelas plantas medicinais, para que efetivamente tragam benefícios à população.

Palavras-chaves: Fitoterapia, Sistema Único de Saúde, medicina alternativa.

¹ luanakeity1608@gmail.com

INTRODUÇÃO

A utilização da natureza para fins terapêuticos é tão antiga quanto a civilização humana e, por muito tempo, produtos minerais, de plantas e animais foram fundamentais para a área da saúde, tendo em vista que o uso desses aumentava as chances de sobrevivência. Dentre as terapias empregadas, a fitoterapia se sobressai, pois, o uso de ervas e plantas consiste numa prática milenar que baseia-se no tratamento de doenças utilizando substâncias extraídas de plantas, ou seja, o uso de medicamentos preparados a partir de plantas medicinais são eficazes para determinados fins¹.

A fitoterapia com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico passou a ser oficialmente reconhecida pela OMS em 1978, devido a difusão mundial dos conhecimentos necessários para o seu uso. Considera-se as plantas medicinais importantes instrumentos da Assistência Farmacêutica, pois é observado que uma parte da população utiliza plantas ou preparações à base de vegetais. O Brasil lidera a lista dos países mais ricos em biodiversidade do mundo, o que implica em várias fontes de substâncias para formulações terapêuticas. Dentre as 500 mil espécies vegetais que existem no mundo, o Brasil contempla cerca de 55 mil espécies e apenas 25% dos medicamentos fitoterápicos registrados são oriundos de espécies vegetais presentes na América do Sul².

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade³.

Os recursos ofertados pela política abrangem as mais diversas técnicas visando a integralidade do indivíduo, pois, o entendimento de bem-estar e

saúde abrange corpo, alma e mente. As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são aplicáveis nos mais diversos espaços de cuidado, sua utilização se torna mais facilitada na rede básica de saúde, espaço em que os usuários, em geral, exercem sua autonomia de forma mais plena, inclusive acerca da opção terapêutica que melhor corresponda aos seus interesses. Atualmente são dezoito intervenções as quais podem abranger os mais diversos profissionais, assim como os mais diversos ambientes e recursos⁴.

Atualmente, muitos fatores têm contribuído para o aumento da utilização das plantas como recurso medicinal, entre eles, o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica, bem como a tendência ao uso de produtos de origem natural. Acredita-se que o cuidado realizado por meio das plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios. Ademais, o profissional de saúde deve considerar tal recurso de origem popular na sua prática de cuidar, viabilizando um cuidado singular, centrado nas crenças, valores e estilo de vida das pessoas cuidadas^{6,7}.

Devido a esse fato, municípios brasileiros vêm incorporando, nas duas últimas décadas, Programas de Fitoterapia na atenção primária, com o objetivo de ampliar as opções terapêuticas e suprir carências medicamentosas de suas comunidades e, assim, melhorar a atenção à saúde ofertada aos usuários da rede pública. Nesse sentido, destacaram-se diversos aspectos positivos do uso de plantas medicinais e vantagens da inserção de fitoterápicos na rede pública de serviços de saúde, entre eles: o baixo custo, a menor incidência de efeitos colaterais, além da ampla aceitação por parte dos usuários, ressaltando também a importância da relação e aproximação entre o meio científico e o popular⁸.

Diante o exposto, descobrir qual o posicionamento dos participantes sobre o uso de plantas medicinais evidenciando a importância ou não das mesmas como uma forma de terapia coadjuvante, contribuindo para um possível processo desmame medicamentoso tão essencial ao município de

Icapuí, assim como ampliar os estudos sobre este assunto, visto que na literatura pouco desse tema é estudado.

Atualmente, muitos fatores têm contribuído para o aumento da utilização das plantas como recurso medicinal, entre eles, o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica, bem como a tendência ao uso de produtos de origem natural. Acredita-se que o cuidado realizado por meio das plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios. Ademais, o profissional de saúde deve considerar tal recurso de origem popular na sua prática de cuidar, viabilizando um cuidado singular, centrado nas crenças, valores e estilo de vida das pessoas cuidadas^{6,7}.

Devido a esse fato, municípios brasileiros vêm incorporando, nas duas últimas décadas, Programas de Fitoterapia na atenção primária, com o objetivo de ampliar as opções terapêuticas e suprir carências medicamentosas de suas comunidades e, assim, melhorar a atenção à saúde ofertada aos usuários da rede pública. Nesse sentido, destacaram-se diversos aspectos positivos do uso de plantas medicinais e vantagens da inserção de fitoterápicos na rede pública de serviços de saúde, entre eles: o baixo custo, a menor incidência de efeitos colaterais, além da ampla aceitação por parte dos usuários, ressaltando também a importância da relação e aproximação entre o meio científico e o popular⁸.

Diante o exposto, descobrir qual o posicionamento dos participantes sobre o uso de plantas medicinais evidenciando a importância ou não das mesmas como uma forma de terapia coadjuvante, contribuindo para um possível processo desmame medicamentoso tão essencial ao município de Icapuí, assim como ampliar os estudos sobre este assunto, visto que na literatura pouco desse tema é estudado.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no município de Icapuí – CE, no período de outubro de 2018 a dezembro de 2019, tendo como foco o conhecimento que os profissionais detinham sobre plantas medicinais. A população foi composta por um total de 13 profissionais de saúde: 4 enfermeiros, 1 médico, 8 Agente Comunitária de Saúde (ACS) que aceitaram participar da pesquisa, após terem assinado o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCLE), sendo explanados os objetivos, riscos e benefícios do estudo e segurança quanto ao sigilo e a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos, conforme estabelece a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Escolheram-se Unidades Básicas de Saúde no qual a residência multiprofissional atuou devido a logística.

O instrumento de coleta consistiu num roteiro de entrevista de natureza estruturada, ou seja, um roteiro com perguntas elaboradas previamente pela pesquisadora antes de ir a campo, o que permitiu flexibilidade e o aprofundamento de assuntos que poderiam vir a surgir. Foram abordados assuntos referentes ao grau de escolaridade, conhecimento sobre o uso de plantas medicinais, conhecimento sobre as principais doenças e a respectiva planta indicada para tratamento, efeitos indesejados da planta e possíveis sugestões para ampliar os conhecimentos sobre o assunto.

Os profissionais foram abordados nas próprias UBS depois de seus atendimentos diários, sem agendamento prévio. As entrevistas duraram aproximadamente seis minutos e aconteceram de forma individual, em espaço reservado, permitindo a privacidade dos sujeitos. A entrevista foi realizada utilizando-se um aparelho gravador, evitando assim, perdas de informações, e posteriormente, as gravações foram transcritas para melhor obtenção dos dados. Todas as informações foram arquivadas em computador de uso pessoal do pesquisador (a). O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra e de

forma fidedigna com as falas dos participantes. O material transcrito foi organizado individualmente.

Para análise dos dados foi adotada a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. A análise temática consiste em desvendar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico escolhido. Essa técnica desdobra-se em três etapas: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁹.

O levantamento bibliográfico baseou-se na busca de artigos de periódicos, teses, dissertações e capítulos de livros, nacionais e internacionais, indexados em bases eletrônicas, tais como: Scielo, Lilacs, Medlinee Portal Capes, no período de 20 anos (1999 a 2019).

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), sob o N° 08082918.3.0000.5037.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 13 profissionais, destes foram 4 enfermeiros (30,77%), 1 médico (7,79%) e 8 ACS (61,44%). Predominaram profissionais do sexo feminino (76,92%), na faixa etária entre 29 e 55 anos. A maioria (61,5%) dos entrevistados tinha curso de graduação. Destes, 62,5% possuem pós-graduação. Todos os profissionais tinham mais de dois anos de atuação na Atenção Básica.

A análise resultou na construção das categorias temáticas: conhecimento sobre plantas medicinais e sua finalidade; conhecimento sobre forma de preparo e indicações; contribuição para incentivo à utilização de plantas medicinais como coadjuvante terapêutico; dificuldades para implementação dessa conduta na Unidade Básica e na região; e possíveis contribuições para adoção das plantas medicinais com fins preventivos e terapêuticos.

Conhecimento sobre plantas medicinais e sua finalidade.

Em relação ao conhecimento sobre plantas medicinais e sua finalidade, os ACS, médicos e enfermeiros citaram algumas plantas medicinais e com quais finalidades são utilizadas pela população, familiares e por eles mesmos.

Entretanto, os participantes mencionaram que detinham conhecimento superficial sobre o uso de plantas medicinais e sua finalidade (Tabela 1), oriundas da comunidade e familiares que perpassa por gerações, como é observado nas falas abaixo:

“Capim Santo, malva, mastruz, romã, erva-cidreira, quebra pedra, tem vários né! Xanãna, muito conhecida por infecção urinária. Sim... tem a camomila, cajueiro, azeitona, aroeira, cumaru, acho que só. Algumas sei que serve, capim santo, cidreira e camomila, serve tanto para calmante, como... A erva cidreira e o capim santo servem para infecção urinária segundo o costume popular, né! O mastruz é muito utilizado para juntar o osso e o colar, eles dizem (população). A romã é da garganta, para... inflamação. Há mulheres que usam para corrimento, passando com leite. As cascas das plantas elas usam cozinhando para fazer asseio, em cicatrizes elas encontram, em fazer o chá para cicatrizar, a casca de cajueiro e a casca de azeitona é muito utilizada para isso. O cumaru para fazer xarope.” (P10)

“A folha da graviola, costuma usar também, usam até a quina-quina, tem a papacunha, que eles costumam usar para verminose, eles fazem um chá, coloca no sereno e usam. A erva-doce eles usam para pressão, como calmante. A aroeira eles costumam tomar, diz eles que é para inflamação! Que sara, lavar o ferimento”(P8)

“tem umas que tomam para emagrecer que é a carqueja, chá verde, essas assim, gengibre, tem um monte”(P12)

“Das que conheço, o boldo para problemas digestivos; A malva tem muitos tipos, não sei se é para problemas digestivos. Ah, também ouvi por esses dias é que... de medicinal tem a água da chia para diminuir o colesterol, aqui tem o chá de canela cheirosa, eles fazem o chá e dão um banho nas crianças, ou dão para cheirar para desobstruir as vias respiratórias”(P7).

Tabela 1: Número de etnoespécies segundo principais usos e finalidades.

Nome popular	Nome científico	Principais usos
--------------	-----------------	-----------------

Alho	<i>Allium Sativum</i>	<i>Hipertensão e Anti-inflamatório</i>
Aroeira	<i>Astronium fraxinifolium</i>	<i>Cicatrizante</i>
Babosa	<i>Aloe arborescens</i>	<i>Drenagem de secreção</i>
Boldo	<i>Plectranthus barbatus</i>	<i>Problemas digestivos/Constipação</i>
Capim santo/Erva cidreira	<i>Cymbopogon citratus</i>	<i>Calmante/Ansiolítico</i>
Camomila	<i>Matricaria recutita</i>	<i>Calmante/Digestão</i>
Canela	<i>Cinnamomum zeylanicum</i>	<i>Calmante</i>
Casca/Folha de cajueiro	<i>Anacardium occidentale</i>	<i>Desobstruir vias aéreas</i>
Carqueja	<i>Baccharis trimera</i>	<i>Inflamação nas vias aéreas/Diabetes</i>
Chá verde	<i>Camellia sinensis</i>	<i>Melitus</i>
Chia	<i>Salvia hispanica</i>	<i>Emagrecimento</i>
Cravo	<i>Syzygium aromaticum</i>	<i>Emagrecimento</i>
Eucalipto	<i>Eucalyptus globulos</i>	<i>Hipercolesterolemia</i>
Folha de acerola	<i>Malpighia emarginata</i>	<i>Dores de cabeça/Desobstruir vias</i>
Folha de azeitona	<i>Olea europaea</i>	<i>pulmonares</i>
Folha de goiabeira	<i>Psidium guajava</i>	<i>Diarreia</i>
Folha de graviola	<i>Annona muricata</i>	<i>Expectorante</i>
Folha de laranjeira	<i>Citrus sinenses</i>	<i>Diarreia</i>
Folha do maracujá	<i>Passiflora edulis</i>	<i>Calmante</i>
Gengibre	<i>Zingiber officinale</i>	<i>Melhorar a digestão</i>
Hortelã	<i>Plectranthus ambuinicus lour</i>	<i>Calmante</i>
Jatobá	<i>Hymenaea courbaril</i>	<i>Emagrecimento</i>
Malva	<i>Malva silvestris</i>	<i>Dores na cabeça/Gripe</i>
Mastruz	<i>Chenopodium ambrosioides;</i>	<i>Gripe</i>
Papacunha	<i>Coutarea hexandra</i>	<i>Gripe</i>
Pata de vaca	<i>Cephaelis ipepacuanha</i>	<i>Calcificação</i>
Romã	<i>Bauhinia forficata</i>	<i>Verminose</i>
Raiz da Chanana	<i>Punica granatum</i>	<i>Verminose</i>
	<i>Turnera subulata</i>	<i>Diabetes Melitus</i>

Fonte: Autor.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva o uso de plantas medicinais e da fitoterapia por considerá-la uma prática da medicina tradicional ou complementar. Entretanto, alguns aspectos devem ser avaliados, como: a identificação e a classificação botânica correta, com o enfoque para evitar induzir os usuários ao erro devido ao princípio ativo variar de planta a planta em função da biodiversidade, código genético, condições climáticas, mudanças sazonais, índice pluviométrico, luminosidade, lençol freático, condições do solo, dentre outras condições, pois essa prática pode representar um risco à saúde, na medida em que, tanto plantas medicinais como fitoterápicos representam misturas complexas de composto bioativos que podem interagir entre si provocando efeitos adversos.^{8,9,10,11}

O conhecimento das propriedades medicinais da maioria das plantas foi comum aos participantes. Algumas indicações feitas por estes não se confirmaram na literatura, como a canela (*Cinnamomum zeylanicum*) que tem como efeitos: aperiente, antidiarréico, antipruriginoso e antiespasmódico; Aroeira (*Astronium fraxinifolium*) com ação antimicrobiana; Cajueiro (*Anacardium occidentale*) com ação antimicrobiana; Logo, a identificação botânica, pelo participante, é passível de incorreção, pois um mesmo nome popular pode incluir várias espécies botânicas, ou uma mesma espécie pode apresentar várias denominações populares. A Agência Nacional de Saúde (ANVISA), de acordo com a RDC nº 37 e suas atualizações, estabelece quais as plantas medicinais e fitoterápicos são reconhecidas pela comunidade científica com fins terapêuticos^{12,13,14}.

Em muitos casos, as pessoas subestimam as propriedades medicinais das plantas e fazem uso delas de forma aleatória. Entretanto, cada vegetal, em sua essência, é considerado um alimento, veneno ou medicamento. A distinção

entre as substâncias alimentícias, tóxicas e medicamentosas se faz apenas com relação à dose, a via de administração e a finalidade com que são empregadas. Neste contexto, para que haja adequada e correta utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais como coadjuvantes nos tratamentos, é necessário que seja acompanhada por um profissional especialista em plantas medicinais ou um profissional de saúde capacitado a orientar a terapia, livre de riscos e danos aos pacientes^{15,16}.

Estudos observacionais exploraram associações entre o consumo de chá de ervas e o risco de câncer, a saúde do fígado e os riscos associados ao consumo de contaminantes ambientais, como compostos sintéticos, no material vegetal. Apesar de os materiais vegetais serem a base da descoberta de medicamentos e a popularidade dos chás de ervas, o número de artigos que exploram a eficácia e a segurança clínica é pequeno. Desta forma, os chás de ervas podem ser benéficos em algumas áreas da saúde clínica e preventiva, contudo, pesquisas são necessárias para entender se o consumo regular pode contribuir para uma vida saudável de maneira mais geral.^{17,18}

Em um relatório recente, foi constatado que o uso inconsciente de plantas medicinais, na forma de suplementação de ervas e dietéticos, promoveu cerca de 25.927 casos de problemas hepáticos em 308 centros médicos, em países como China. Sendo o mesmo fato ocorrido em pesquisa realizada na Coreia, no qual 25% dos casos de lesão hepática foram atribuídos a ervas¹⁹.

Conhecimento sobre forma de preparo

Em relação ao preparo, foi constatado que alguns profissionais conheciam a forma correta de preparo de chás, tanto das folhas e flores quanto das cascas, quando o enfoque se dava no preparo do chá. Como pode ser observado nas falas abaixo:

“Assim, o chá em si, a gente até ensina né! É porque assim, eles costumam fazer com açúcar e eu oriento que o chá não deve ser feito com açúcar. Porque assim, eles fervem a folha, eu já aconselho depois da água fervida, eles pegarem a folha, lavar, deixar em infusão, tapadinho para tomar, mas aí vem o costume” (P8).

“Quando eu faço deixo abafado por 10 a 15 minutos. A camomila, erva cidreira, folha de laranjeira” (P11)

“E o Jatobá é fervido, ela cozinha o jatobá que é a casca, aí coa...” (P2).

A forma de preparo das plantas medicinais com finalidade de obtenção dos compostos secundários varia de acordo com a parte da planta utilizada. Folhas, flores e brotações devem ter seus compostos ativos extraídos por meio da infusão, devido serem ricas em substâncias voláteis. A decocção é utilizada para ervas que não possuem substâncias voláteis e para as amostras vegetais constituídas por sementes, raízes, cascas e outras partes de maior resistência à ação da água quente, ou seja, que contém princípios estáveis ao calor.

A maceração é um processo realizado a frio quando o chá é tóxico, devido à ação do calor utilizado na preparação do mesmo, que pode alterar as propriedades medicinais da planta. Esta preparação consiste em colocar a parte da planta medicinal de molho em álcool, óleo, água, vinho ou outro líquido, durante um período de 18 a 24 horas. Neste caso, as vitaminas e sais minerais não são alterados pela fervura. É indicada para uso interno e externo e pode utilizar flores, folhas e sementes^{20,21,22,23}

Em particular, as ACS relataram que alguns indivíduos realizam preparações mais elaboradas como lambedores, garrafadas, como é observado nos relatos a seguir:

“Ah, também fazem lambedor para expectorar, a garrafada, tem para vários coisas” (P5)

“Para quando criança tá com gripe, as mães dão o banho...” (P5).

Na garrafada ocorre uma maceração do material verde ou seco em um líquido que pode ser vinho tinto/vodka, mas que geralmente é a cachaça. A extração deve ser realizada num período de 7 a 21 dias²¹.

Para o banho faz-se uma infusão ou decocção mais concentrada, que deve ser coada e misturada na água do banho. O cozimento leva 20 a 40 minutos. Os banhos podem ser parciais ou de corpo inteiro, devem durar uns 20 minutos e são normalmente indicados uma vez por semana²⁰.

O lambedor consiste numa preparação caseira feita com rapadura, açúcar ou mel, água e plantas medicinais in natura. Cozinhe-se em banho-maria ou temperatura branda, deixando durante 10- 15 minutos após a fervura, mexendo algumas vezes, sendo posteriormente acrescentadas as plantas já higienizadas²¹.

Contudo, vale ressaltar que podem ter ocorrido divergências entre a forma de preparo abordada pela literatura científica da relatada pelos participantes, pois alguns entrevistados alegaram que cozinhavam as partes para a produção de chá, o que não é o correto, por esse motivo, muitos dos óleos essenciais tenham perdido a sua função. Esse também pode ser o motivo pelo qual os riscos de toxicidade diminuam²⁴. Alguns participantes utilizavam sachês e sem infusão:

“...a gente usa assim, a gente pega o sachê coloca na xícara água morna e toma.”

Várias marcas do chá podem apresentar grande variação nos teores de compostos bioativos²⁵. O excesso do teor de matéria orgânica estranha altera as características organolépticas do chá. Outro ponto a questionar, é a falta de informações, o qual indica a não conformidade com a legislação vigente, o que torna necessária maior assiduidade na ação fiscalizadora dos produtos alimentícios comercializados pela Vigilância Sanitária²⁶.

Contribuição para incentivo a utilização de plantas medicinais como coadjuvante terapêutico.

Acerca do incentivo sobre o uso de plantas medicinais e como medida preventiva ou até coadjuvante no tratamento de sinais, sintomas e doenças, foi verificado que alguns profissionais indicam o uso destas, eram eles: os ACS e os (as) enfermeiros (as). Esta orientação estava baseada em experiências, recomendações e costumes da população. O médico preferia não recomendar em virtude do pouco conhecimento científico sobre o assunto. Contudo, quando o detinha, recomendava o uso, como é observado nos relatos a seguir:

“Já recomendei fitoterápico nos transtornos de ansiedade no qual não é recomendado diazepínicos, nem ansiolíticos. Costumo prescrever uma planta chamada Valeriana Oficinalles, por ser de baixa potência, derivado natural, no qual você recomenda uma vez ao dia ver resposta terapêutica. Usava também no climatério, fitoterápico, mas deixei de usar devido a um consenso da ginecologia, no qual devia usar terapia hormonal” (P1)

Embora o conhecimento seja uma herança dos antigos, vale ressaltar que já é possível encontrar pesquisas que evidenciam os benefícios, dosagens e forma de preparo sobre plantas medicinais. No atual contexto vem sendo bastante explorado o seu uso, tanto no mercado farmacêutico, por meio da fitoterapia, como pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das PIC's. Estudos com plantas medicinais utilizadas na medicina tradicional concebem uma abordagem compatível com o desenvolvimento de novas drogas e induziram a uma crescente do número de publicações nesta área, em virtude do reconhecimento da importância deste campo de pesquisa por parte das instituições privadas ou governamentais²⁷.

Constata-se um baixo empenho, por parte dos cursos da saúde, na implantação de disciplinas voltadas para medicinas alternativas, sendo que muitas vezes é evidenciada a importância dessa temática. A inserção da disciplina possibilita a utilização dessas práticas por profissionais de saúde,

tornando-os aptos a informar e atender seus pacientes, reconhecer efeitos colaterais e interações medicamentosas, e praticar com segurança as medicinas complementares, isoladas ou associadas às práticas convencionais. Desta forma, a inserção do conteúdo das PICs no currículo da graduação é de grande relevância, embora muitos graduandos desconhecem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares regulamentada para o contexto do sistema de saúde brasileiro²⁸. Vale ressaltar que, as instituições de ensino que formam profissionais para o mercado de trabalho e para o Sistema Único de Saúde, necessitam rever as grades curriculares, pois a falha deste conhecimento, no mínimo, impede o profissional de considerar todas as possibilidades de tratamento e cuidado para a assistência integral ao paciente, o que pode configurar um grave problema, inclusive, ético na saúde²⁹.

Outro fator que torna limitante a utilização de fitoterápicos e plantas medicinais consiste na grande atuação da indústria farmacêutica. A elaboração de novas drogas, conforme seus espectros de efeitos farmacológicos, induzem os profissionais de saúde a optarem pelos medicamentos, sem ao menos, na maioria das vezes, avaliarem outras opções de tratamentos. A indústria farmacêutica vincula-se a profissionais do marketing os quais elaboram estratégias visando persuadir a população e trabalhadores da saúde que o medicamento é a melhor opção ao tratamento de determinadas afecções, sendo o “mais indicado,^{30,31}”. Nesse paradigma, a medicina alternativa apresenta-se em desvantagem, mesmo com seus benefícios comprovados, visando o bem-estar do paciente, financeiramente viável, além de mais acessível.

“Já, geralmente já recomendei, essa do chá, eu recomendo porque usei e funcionou, foi uma amiga que me indicou, chá de alho com limão, recomendo canela cheirosa também, muito interessante” (P7)

“Já recomendei essas calmantes, a do maracujá que é calmante já recomendei”. Tem umas pessoas que não conseguem dormir, aí antes de ir para o medicamento, eu recomendo o chá. Eu durmo. Eu indico antes de tomar essas medicações do dia a dia.

O repasse de conhecimentos obtidos ao longo da vida a partir de experiências, caracteriza uma forma de conhecimento muito preconizada atualmente nos serviços de saúde, a Educação Popular. A educação em saúde é caracterizada como “Um campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se focado na criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população”. O conhecimento é construído junto, com valorização do saber do outro³². Contudo, há profissionais que preferem não recomendar devido a não terem nenhum conhecimento sobre o assunto.

Dificuldades para implementação dessa conduta na Unidade Básica e na região.

Quando questionados sobre as dificuldades para implantar na conduta da UBS e região o uso de plantas medicinais, muitos profissionais elencaram que a falta de conhecimento, formação, interesse dos usuários e profissionais, e apoio da Gestão estão entre os fatores que dificultam a prática.

A falta de informação está dentre as principais causas e consiste no baixo preparo necessário para incluir as plantas medicinais em seu cotidiano de trabalho. Este conhecimento está restrito ao âmbito das relações familiares, o que não os torna seguros para orientar os usuários sobre essa terapêutica; assim como restrito conhecimento da população, seja por falta de instrução ou desinteresse na prática³³.

A formação e concepções dos profissionais de saúde são fatores que influenciam e/ou determinam as formas de intervenções em problemas vividos por indivíduos ou coletivos. Assim, as concepções de saúde e doença dos profissionais influenciam suas práticas, logo, o profissional orienta-se pela concepção biológica e a medicalização será seu enfoque. Entretanto, se ele incorpora a concepção da formação social da saúde, entenderá que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo então, ir além da avaliação e diagnóstico clínico. As PICS incluem abordagens de cuidado que ampliam o olhar sobre o processo

saúde-doença e ampliam as possibilidades terapêuticas que dialogam com a questão citada³⁴.

Pensando nessa problemática, o incentivo a capacitação profissional consiste numa realidade, na maioria das vezes, não vivenciada na atenção básica. Jornadas de trabalho acentuadas, baixos salários e falta de apoio da gestão local, são fatores que contribuem para o desinteresse em adotar as práticas complementares³⁵.

Evidências sugerem que os profissionais da ESF enfrentam vários desafios para realizar o trabalho em equipe, principalmente no tocante às relações interpessoais, como a presença de conflito e distanciamento entre os membros, isto ocasiona fragilidades nos processos de trabalho e dificuldade de incorporar práticas complementares a rotina da unidade básica. Outro fator importante é a participação de cada um dos profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar e que a união deles no compartilhamento de saberes torna-se essencial para uma boa atuação na Estratégia de Saúde da Família^{36,37}.

“Eu acho que é mais incentivo de todos se reunir e fazer um canteiro na unidade, porque tem espaço e dá para fazer. Acho que é incentivo, porque quando todos querem consegui” (P12).

“Minha irmã, a dificuldade que tenho encontrado é o que falei antes, o povo da minha área são muito, muito resistente a planta porque são viciados na medicação. O hipertenso só que a medicação, o que tem problema mental só que a medicação, não quer nem saber de planta viu! Rara vez tem uma plantinha de capim santo, cidreira, só tem por ter no quintal” (P11)

O processo de medicalização populacional tornou-se natural. Esta prática desconstrói as possibilidades de emancipação humana, ou seja, o diferente é logo identificado como desvio, doença ou distúrbio, e o tratamento é conduzido por especialistas e medicações. Desta forma, o homem não se torna responsável pelo seu comportamento e pelo impacto da dor, tornando-se limitado ao uso de medicação. Este fato oferece risco a educação permanente dos profissionais de saúde e para sua atuação cotidiana, particularmente para a Estratégia Saúde da Família (ESF)^{38,39}

É evidente que a carência de equipamentos, insumos e infraestrutura precárias observadas em muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS) restringe o escopo de ações e a resolutividade das UBS, limitando a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde, reuniões de equipes e capacitações. Isto reflete sobre a saúde dos profissionais, que se mostram exaustos física e emocionalmente, além de repercutirem na precariedade da atenção à saúde dos usuários do SUS^{40,41}.

“... um local apropriado tanto para estudo, como plantar e colher, estudo para plantar e colher; ter o local e fazer, porque tem muitas plantas que fazem mel.” (P6).

Certa profissional relatou que há tempos existia um projeto que incentivava a comunidade a utilizar as plantas medicinais para confecção de produtos com fins terapêuticos, tendo apoio da gestão, como é abordado a seguir:

“Aqui tinha um projeto de fazer uns lambedozim, fizemos e davamos para as mães, mas faz muito tempo. Acabou o projeto. Ninguém se reuniu mais. Não tem dificuldade não, se reunir o povo da comunidade, eles gostam de participar. Eles são muito participativos. A comunidade da Redonda.” (P2)

Possíveis contribuições para adoção das plantas medicinais com fins preventivos e terapêuticos

Os profissionais relataram muitas contribuições que poderiam ser empregadas como estratégia para implementar o uso de plantas medicinais pela população, dentre eles foram citados capacitação profissional, cursos incentivados pela gestão, oficinas para ensinar aos profissionais e a região, como é observado nas falas a seguir:

“Pra começo, início para minha área, é uma estratégia, um plano da equipe com a comunidade é de fazer oficinas, tanto

na comunidade, isso mais na comunidade, né! Mas é um trabalho de formiguinha. Porque até colocar na cabeça dos usuários, que tem hipertensão, diabetes, nas doenças crônicas dos malefícios do medicamento, por que até eles vêm para o posto não para se consultar, mas sim para pegar medicamento. Era bom uma oficina só sobre plantas medicinais e no dia a dia íamos reforçando” (P13).

“Aprofundar no assunto, eu como profissional, porque a gente não sabe até onde passar. Até onde vai passar, além de não sabermos os malefícios de cada planta” (P9).

A educação em saúde, voltada às necessidades de grupos específicos, facilita o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Sendo assim, é necessário adaptar uma dinâmica socioeducativa e facilitadora de trabalho para a realidade da comunidade local e investir na capacitação dos profissionais de saúde sobre o modo de vida, cultura local e os problemas de saúde que mais prevalecem na comunidade. Com isso, garantindo o acesso seguro de informações para o uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos⁴².

A valorização dos conhecimentos populares sobre fitoterapia e plantas medicinais potencializa a comunidade em direção à emancipação social e cultural. A validação dessa prática é de extrema importância para garantir a segurança e eficácia de sua utilização como terapia integrativa e complementar e para fortalecer a política dos profissionais e usuários dos serviços de forma crítica, participativa, interdisciplinar e intersetorial, como parcerias entre unidades de Estratégia Saúde da Família, Centros de Referência de Assistência Social e Universidade, visando a criação de uma rede de conhecimento para melhorias nas condições de promoção de bem-estar e saúde da comunidade. Esse contexto de aprendizado é potencializado quando a troca promove a reconstrução do conhecimento científico abrangendo outras áreas da comunidade, como alunos, professores⁴³.

A importância da implementação desta política no SUS abre perspectivas para criação de métodos alternativos para o tratamento dos usuários com redução de custos, uma vez que medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais são menos onerosos, além de possuírem menos efeitos

adversos, serem de fácil acesso e fortalecer o resgate do saber popular para o tratamento de diversas doenças. Outro fator positivo sobre a implantação da fitoterapia na atenção básica à saúde pode ser justificado como possibilidade de suprir a falta de medicamentos, complementando o medicamento convencional, mediante orientação adequada, já que este é um dos problemas que são enfrentados pelas unidades que prestam serviço à saúde⁴⁴

Foi observado que as práticas de cultivo das plantas medicinais em alguns locais trouxeram grandes benefícios para a população, como ocorreu em Volta Redonda (RJ), Itaqui (RS), João Pessoa (SE), Maracanaú (CE). As práticas garantiram acesso e uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos com segurança, eficácia e qualidade, contribuindo com o desenvolvimento deste setor. Foram implantadas hortas de plantas medicinais nas unidades de saúde, residências terapêuticas, dispensação de medicamentos fitoterápicos na rede de saúde, ações educativas para comunidade, capacitação dos profissionais, identificação botânica das plantas e materiais publicitários para divulgação do programa e sensibilização dos profissionais. Desta maneira, com o histórico bem-sucedido de políticas adotadas no Brasil, a fitoterapia caminha para um desenvolvimento coerente na Atenção Básica em saúde do SUS⁴⁵.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível identificar que diversas são as dificuldades para implantação do uso de plantas medicinais, dentre elas, pouco conhecimento, interesse dos profissionais e apoio da gestão. Apesar de menos utilizadas do que a medicina convencional, as plantas continuam sendo uma alternativa terapêutica para parte dos profissionais de saúde, principalmente as ACS, e enfermeiras, nas quais tanto elas ensinam como aprendem e repassam esses conhecimentos. Vale ressaltar que, o uso provável sem o conhecimento médico/especializado, apesar de a maioria ser comprovado pela literatura, pode ser perigoso à saúde pelos efeitos colaterais e também por sua possível interação com medicamentos, visto que muitos dos entrevistados relataram que

os usuários possuem complicações e conseqüentemente fazem uso de medicamentos alopáticos concomitantemente. Os resultados obtidos reúnem informações sobre o posicionamento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em Icapuí, permitindo contribuir para formulações de propostas que visem à implantação das diretrizes da PICs, incentivando o uso orientado de plantas medicinais e fitoterápicas.

REFERÊNCIAS

1. Bosse TS. FITOTERÁPICOS NO SUS. [Monografia]. Espírito Santo: Universidade do Extremo Sul Catarinense: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2014.
2. Zago, LMS. Vinte e dois anos de pesquisa sobre plantas medicinais: uma análise cienciométrica, *Tecnia*. 2018;3(1):157-17.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 702 de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, 2018
Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_2203_2018.html.
4. Junior, ET. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Metrópole e Saúde*. 2016; 30 (86): 99-112.
5. Alvim, NAT. Práticas integrativas e complementares de saúde do cuidado. *Rev. Enfer. UFSM*. 2016; 6(1): 1-2.
6. Nascimento, CMCA. Pontes, EDS. Alves, MEF. Souza, MLA. Silva, ECA. Dantas, CMG. Costa, TAM. et al. Regulamentação e Consumo de Fitoterápicos no Brasil como Prática Complementar de Saúde. *International Journal of Nutrology*. 2018; 11(1): 24. Disponível em: DOI: 10.1055/s-0038-1674321.
7. Meneguali, AZ. Ribeiro, SB. Junior, GAL. Spirotto, EO. Souza, JHG. A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos na saúde pública brasileira. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva*. 2017; 1(1): 2-12.
8. Sá, RT. Lima, AS. Bandeira, MAM. Andriola, WB. Nojosa, RT. AVALIANDO O IMPACTO DA POLÍTICA BRASILEIRA DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NA FORMAÇÃO SUPERIOR DA ÁREA DE SAÚDE. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara*. 2018;13(3): 1106-1131.
9. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.

10. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2002.
11. Leal, LR, Tellis, CJM. Farmacovigilância de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: uma breve revisão. *Revista Fitos*. 2015; 9(4): 261-264.
12. Corrêa AD, Batista RS, Quintas LEM. Plantas Mediciniais: do cultivo à terapêutica. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1998.
13. Cunha PC, Silva AP, Roque OR. Plantas e produtos vegetais em fitoterapia. Lisboa (POR): Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011. 126p.
15. Pivotto LJ, Cardose CRP. Qualidade e obtenção do extrato de *Astronium fraxinifolium* Schott, espécie do cerrado com potencial antibacteriano. *Rev. Ciên. Farm. Básica. Aplic.* 2015; 36(1):101.
16. Junior FPA, Alves WB, Lima BTML, Araújo TP, Medeiros FD. *Anacardium occidentale* (CAJUEIRO) E SEU POTENCIAL ANTIMICROBIANO: UMA REVISÃO. I Congresso Internacional do semiárido; 2016.
17. Dias ECM, Trevisan DD, Nagai SC, Ramos NA, Silva EM. Uso de fitoterápicos e potenciais riscos de interações medicamentosas: reflexões para prática segura. *Revista Bahiana de Saúde Pública*. 2017; 41(2):297-307.
18. Melo AFM, Silva JRG, Amorim MES, Cordeiro BA, Cordeiro RP. Comunidade e uso racional de plantas medicinais. *Revista de Extensão da UNIVASF*. 2017; 5(1): 80-88.
19. Poswal FS, Russell G, Mackonochie, MacLennan E, Adukwu EC, Rolfe V. Herbal Teas and their Health Benefits: A Scoping Review. *Plant Foods Hum Nutr*. 2019 Sep;74(3):266-276. Doi: 10.1007/s11130-019-00750-w.
20. Ekar T, Kreft S. Common risks of adulterated and mislabeled herbal preparations. *Food Chem Toxicol*. 2019 Jan;123:288-297. Doi: 10.1016/j.fct.2018.10.043
21. Shen T., Liu Y., Shang J., Xie Q., Li J., Yan M., Xu J., Niu J., Liu J., Watkins P.B., et al. Incidence and Etiology of Drug-Induced Liver Injury in Mainland China. *Gastroenterology*. 2019;156:2230–2241. doi: 10.1053/j.gastro.2019.02.002.
22. Bevilaqua GAP, Schiedeck G, Schwengber JE. Identificação e tecnologia de plantas medicinais da flora de clima temperado. Circular Técnica 61. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento: Pelotas, 2007.

23. Dantas IC, Felismino DC. O RAIZEIRO. Campina Grande: EDUEP; 2007. Jorge SSA. Plantas medicinais: coletânea de saberes; 2009.
24. Firmino LA, Miranda MPS. Polifenóis totais e flavonoides em amostras de chá verde (*Camellia sinensis* L.) de diferentes marcas comercializadas na cidade de Salvador-BA. *Rev. Bras. Pl. Med.* 2015; 17(3):436-443.
25. Maciel RHMO, Santos JBF, Rodrigues RL. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2015; 40 (131): 75-87.
26. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno G, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(8): 1-14.
27. Oliveira, DMS; Lucena EMP. O uso de plantas medicinais por moradores de Quixadá–Ceará. *Rev. Bras. Pl. Med.* 2015;17(3):407-412.
28. Falkowski GJS, Jacomassi E, Takemura OS. Qualidade e autenticidade de amostras de chá de camomila (*Matricaria recutita* L. – Asteraceae) *Rev Inst Adolfo Lutz.* 2009; 68(1):64-72.

29. Sousa AA, Santos AKG, Rocha FDLJ. Plantas medicinais em enfermagem: os saberes populares e o conhecimento científico. *Rev. Extensão em Debate.* 2019; 3(1):48-67.
30. Feitosa MHA, Soares LL, Borges GA, Andrade MM, Costa SM. Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde. *Revista Bras. de Edu. Médica.* 2016; 40(2):197-203.
31. Feitosa MHA, Soares LL, Borges GA, Andrade MM, Costa SM. Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde. *Revista Bras. de Edu. Médica.* 2016; 40(2):197-203.
32. Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. *Cogitare Enferm.* 2014; 19(4):741-746.
33. Palma JS. et al. Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro.* 2015; 7(3):2998-3008.
34. Amado DM, Rocha PRS, Ugarte OA, Ferraz CC, Lima MC, Carvalho FFB. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *J Manag Prim Heal Care.* 2017; 8(2):290-308.
35. Andrade LP, Morais KCS, Silva CP, Tavares FM. Percepção dos Profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 2018; 12(42):718-727.
36. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Fernandez MC, Haddad L, Peres AM, Marcon MM. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery* 2018;22(4):1-9.

37. Pereira AKL, Pinto KHS, Almeida IJGV, Oliveira AT, Maia PCGG, Sousa MNA. Dificuldades e implicações do processo de trabalho em equipe interdisciplinar na estratégia de saúde da família. 2015; Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras. 2015; 2(3): 277-289.
38. Bartoli FR, Kovaleski DF, Moretti-Pires RO. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. Cad. Saúde Colet. 2019; 27 (1): 67-72.
39. Galindo DCG, Lemos FCS, Vilela R, Garcia B. Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. Estud. psicol. 2016; 16(2):346-365.
40. Castiel LD. A dimensão financeira da medicina em questão. Trab. educ. saúde. 2017;15(1):321-325.
41. Alcântara LIE, Flora GS, Guitton LNH, Dias MC, Pereira NBC, Mendes AA. O PROPÓSITO E O ENTENDIMENTO DA MEDICINA ALTERNATIVA. In: III Seminário Científico da FACIG; 2017 Nov 9-10; Minas Gerais; 2017. Pinheiro BC, Bittar CML. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. Cinergis. 2017; 18(1):77-82.
42. Nascimento MAN, Reis JA, Peixoto LS, Souza SS, Sampaio CR, Oliveira MF. O mapeamento de saberes populares sobre plantas medicinais em um grupo de convivência em Rondonópolis-MT, por meio da proposta de educação em saúde. Flovet. 2018; 1(10):61-74.
43. Figueredo CA, Gurgel IGD, Junior GDG. Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. Physis Revista de Saúde. 2014; 24(2):381-400.
44. Silva AL, Gamaro GD, Garcia LE, Schnorr SM. Vivenciando ciência através de atividades diferenciadas: conhecimento local sobre plantas medicinais em escola urbana. Conhecimento & Diversidade. 2017; 9(19):95-108.
45. Parisius LM, Stock-Schröer B, Berger S, Hermann K, Joos S. Use of home remedies: a cross-sectional survey of patients in Germany. BMC Family Practice 2014; 15(116):1-8.
46. Santos SLF, Alves HHS, Barros KBNT, Pessoa CV. Uso de plantas medicinais nos serviços do sistema único de saúde: uma revisão narrativa. RSC online, 2016, 5(3): 63-80

Artigo

Entre mitos e verdades: A representação da masculinidade dos homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense e sua implicação para o campo da saúde

Between myths and truths: The masculinity representation of the academic men of the Fluminense Federal University and its implication for the health field

Entre mitos y verdades: La representación de la masculinidad de los hombres académicos de la Universidad Federal Fluminense y su implicación para el campo de la salud

Felipe dos Santos¹

Cristina Portela da Mota²

Jorge Luiz Lima da Silva³

Cláudia Maria Messias⁴

Ricardo José de Oliveira Mouta⁵

Audrey Vidal Pereira⁶

Resumo

A masculinidade se apresenta de diferentes formas dentro da conjuntura social e cultural desses homens acadêmicos. Um dos principais reflexos dos padrões tradicionais de masculinidade no comportamento dos homens acadêmicos ocorre no campo da saúde, onde estudos sobre o tema apontam que, em geral, os homens não adotam medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como não buscam ajuda quando ficam doentes. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa que teve como referencial

1 felipedossantos1512@gmail.com

2 mota cristinap@gmail.com

3 jorgeluilzlima@gmail.com

4 marimessi1512@gmail.com

5 ricardomouta@hotmail.com

6 auviprof@yahoo.com.br

metodológico a hermenêutica-dialética. Os participantes da pesquisa foram quinze acadêmicos do gênero masculino, de diferentes cursos de graduação da Universidade Federal Fluminense. Utilizou-se o questionário de dados sociodemográficos e um instrumento de entrevista semiestruturada. Dos resultados foram formuladas uma categoria: Ser e tornar-se homem na sociedade brasileira: Aprendendo masculinidades com homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense. Os depoimentos mostraram a importância de conhecer a representação que cada indivíduo possui acerca de sua masculinidade, para que melhor se compreenda o homem e suas expectativas. Conclui-se que o reduzido envolvimento dos acadêmicos com os cuidados em saúde decorre em função dos modelos de masculinidade que é estabelecida ao longo da vida do homem e assume uma forma, respeitando as diferenças entre os homens, ainda que, de uma mesma geração plural, etnia e classe social.

Palavras-chave: Masculinidade, Gênero, Saúde do homem, Cuidado.

Resumen

La masculinidad se presenta de diferentes formas dentro de la coyuntura social y cultural de esos hombres académicos. Uno de los principales reflejos de los patrones tradicionales de masculinidad en el comportamiento de los hombres académicos ocurre en el campo de la salud, donde estudios sobre el tema apuntan que, en general, los hombres no adoptan medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como no buscan ayuda cuando se enferman. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, de naturaleza cualitativa que tuvo como referencial metodológico la hermenéutica-dialéctica. Los participantes de la investigación fueron quince académicos del género masculino, de diferentes cursos de graduación de la Universidad Federal Fluminense. Se utilizó el cuestionario de datos sociodemográficos y un instrumento de entrevista semiestruturada. De los resultados se formularon dos categorías: Ser y convertirse en hombre en la sociedad brasileña: Aprendiendo masculinidades con hombres académicos de la Universidad Federal Fluminense; Hombres en el contexto del cuidado: Desafíos para el campo de la salud. Los testimonios mostraron la importancia de conocer la representación que cada individuo posee acerca de su masculinidad, para que mejor se comprenda el hombre y sus expectativas. Se concluye que la reducida participación de los académicos con los cuidados en salud deriva en función de los modelos de masculinidad que se establece a lo largo de la vida del hombre y asume una forma, respetando las diferencias entre los hombres, aunque, de una misma generación plural, etnia y clase social.

Palabras clave: Masculinidad, Género, Salud del hombre, Cuidado.

Abstract

Masculinity presents itself in different forms within the social and cultural conjuncture of these academic men. One of the main reflections of the traditional patterns of masculinity in the behavior of academic men occurs in the field of health, where studies on the subject indicate that, in general, men do not adopt measures of health promotion and prevention of diseases, nor do they seek help when they become ill. This is a descriptive, exploratory study of a qualitative nature that had the hermeneutic-dialectic methodological reference. The participants of the research were fifteen male scholars, from different undergraduate courses at the Federal Fluminense University. The sociodemographic data questionnaire and a semi-structured interview instrument were used. From the results were formulated two categories: Being and becoming a man in Brazilian society: Learning masculinities with academic men from the Fluminense Federal University; Men in the context of care: Challenges for the health field. The testimonies showed the importance of knowing the representation that each individual has about his masculinity, so that he better understand the man and his expectations. It is concluded that the reduced involvement of academics with health care is a function of the models of masculinity that is established throughout the life of man and takes a form, respecting the differences between men, although, of the same generation plural, ethnicity and social class.

Keywords: Masculinity, Gender, Men's health, Care.

Introdução

Os estudos relativos a masculinidades e homens ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país, em que a relação homem e saúde é objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços de saúde, especialmente nas análises da sexualidade humana e saúde reprodutiva¹.

As pesquisas de gênero em saúde constituem um complexo e relacional campo com grandes possibilidades de desenvolvimento. Complexo, pois engloba temas (de saúde, adoecimento e cuidado) que tanto podem ser abordados no interior dos campos da saúde e das ciências humanas e sociais, independentemente, como de uma perspectiva de aproximação e colaboração entre eles².

Ao longo da história, a masculinidade se apresenta de diferentes formas dentro da conjuntura social e cultural. Tendo o homem como um “ser social”, não se pode negar que apesar dessa “liberdade” ainda existem determinados padrões sociais a serem adotados. A pressão social envolve desde relações com pessoas próximas, como família e amigos, até relações de menor intimidade. O “roteiro” social desenvolvido para homens exerce pressão, mesmo que, inconsciente sobre pensamentos e atitudes onde a masculinidade se encontra quase sempre atrelada a essa figuração^{3,4}.

No âmbito da Saúde Coletiva, a preocupação com a temática da saúde masculina ainda se refere a uma temática recente e incipiente, porém em constante produção. Diversos estudos apontam para as implicações dos sentidos atribuídos ao “ser homem” nas condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida da população masculina brasileira^{5,6}. Apesar das recentes iniciativas governamentais, os homens ainda se encontram distantes dos serviços de saúde e das práticas de cuidado, sobretudo aqueles voltados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, resultando assim em maiores taxas de adoecimento, internações hospitalares e morte entre essa população^{7,8}.

Uma das dificuldades no tratamento à saúde dos homens é a questão de gênero, enraizada na sociedade, acerca da invulnerabilidade masculina. Segundo o Ministério da Saúde, os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer⁹.

Além disto, o processo de adoecer dos homens está ligado à representação sobre a masculinidade que compromete o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade deste grupo populacional⁹.

Baseada ainda nestas reflexões foi considerado como fundamental, para o direcionamento do estudo, as seguintes questões norteadoras: Como os homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense representam a masculinidade? Quais as implicações da representação da masculinidade para o campo da saúde desses homens acadêmicos?

Para o desenvolvimento deste estudo traçou-se como objetivo geral – Conhecer a representação da masculinidade dos homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense – e, especificamente, buscou-se analisar as implicações da representação da masculinidade desses homens acadêmicos para o campo da saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa, em Ciências Sociais, pode ser ancorada em diferentes referenciais teórico-metodológicos. Neste estudo, optou-se pela perspectiva hermenêutico-dialética.

A abordagem hermenêutica, do ponto de vista metodológico, desenvolve-se nos seguintes parâmetros: busca diferenças e semelhanças entre o contexto dos autores e o contexto do investigador; explora as definições de situação do ator, supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos, com o mundo da vida do investigador; busca entender os fatos, os relatos e as observações e apoia essa reflexão sobre o contexto histórico; julga e toma decisão sobre o que ouve, observa e compartilha; e produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados e já a dialética busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. O pensamento dialético precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreender que a análise dos significados deve ser colocada no chão das práticas sociais, valorizar os processos na dinâmica das contradições, no interior das quais a própria oposição entre o avaliador e avaliado se colocam, e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações¹⁰.

Para a coleta de dados, no primeiro momento, utilizou-se um questionário com quatorze perguntas, categorizadas em perguntas fechadas que dizem respeito à produção de dados sociodemográficos objetivos que caracterizam os homens acadêmicos participantes do estudo. No segundo momento da coleta

dos dados, realizou-se uma entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e de ordem subjetiva.

Os participantes da pesquisa foram quinze homens acadêmicos pertencentes aos diversos cursos de graduação da Universidade Federal Fluminense (UFF), de diferentes faixas etárias, etnias e classes sociais, porém todos do gênero masculino.

O primeiro contato com os participantes ocorreu após estabelecer uma relação de confiabilidade, respeito e segurança com esses acadêmicos, onde cada um foi convidado, por meio de carta-convite, para participar da pesquisa. A correspondência continha uma descrição sucinta sobre os objetivos e a proposta do estudo, questões referentes à identificação dos pesquisadores e sua disponibilidade para participar da pesquisa. A fim de dar cumprimento às questões éticas em pesquisa, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) sob o CAAE 0264.0.258.000-10.

A partir dos dados coletados foram formuladas categorias nas quais foram agrupados elementos, ideias, expressões e palavras que se repetem ou são frequentes, para estabelecer classificações. A categorização dos dados significa apontar categorias nas quais se encaixam as expressões emitidas sobre um tema. O assunto, assim, é organizado de acordo com as palavras que costumam ser frequentes e que podem fornecer explicação consensual¹¹.

Resultados e Discussões

A escolha dos entrevistados deu-se de forma a buscar uma grande diversidade dos Cursos de Graduação da UFF, respeitando a vontade deles em quererem participar do estudo e para facilitar a compreensão do leitor, foram colhidos os dados sociodemográficos que dizem respeito à idade, estado civil, curso de graduação, religião, moradia, hábitos de vida e cuidados com a saúde dos acadêmicos do gênero masculino da Universidade Federal Fluminense.

Os homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense estão na faixa etária de 18 a 23 anos de idade, representando 27% (4) e todos se declararam solteiros. Desta forma, eles estão na fase da juventude e segundo D'Andrea (2007, p.185), vivenciar a juventude é uma situação difícil, pois nesta fase da vida, o indivíduo se separa emocionalmente dos pais e desenvolve uma identidade pessoal e sexual ¹².

A distribuição dos Cursos de Graduação a qual pertencem os quinze homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense, 20% (3) eram do Curso de Biblioteconomia; 13% (2) eram do Curso de Letras, Produção Cultural, Economia e de Jornalismo; 7% (1) eram do Curso de Serviço Social, Medicina e Enfermagem. Procurou-se, neste estudo, entrevistar uma ampla diversidade de cursos superiores, a fim de obter uma maior heterogeneidade de ideias e opiniões centrais sobre a representação da masculinidade e suas implicações para o campo da saúde.

Em relação ao quesito cor/raça, percebeu-se que 67% (10) declararam ser brancos; 13% (2) pardos e 7% (1) negro e mulato ou ignora. Muitos jovens não sabiam em qual classificação se enquadrar, porém, houve uma prevalência na cor “branco”, apesar de muitos marcarem esta opção usando a justificativa de que no Brasil não existem brancos, conforme evidenciou-se neste trecho: “se misturam-se café com leite, não se obtém nem café e nem leite, mas sim café com leite.”

Na questão religiosa, 33% (5) disseram acreditar em Deus, porém não tem religião; 20% (3) se disseram ser protestante ou não acreditar em Deus e 7% (1) disseram ser espírita ou católico não praticante. Cada religião tem suas diferenças quanto a alguns aspectos, porém, a grande maioria se assemelha em acreditar em algo ou alguém do plano superior e na vida após a morte.

Quanto à frequência em que os homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense procuram atendimento de saúde, 53% (8) afirmaram procurar atendimento de saúde somente quando sentem algum tipo de dor; 20% (3) procuram periodicamente e 7% (1) procuram sempre que possível. Luck e

Courtenay^{13,14} em seus estudos constataram que os homens, em geral, padecem de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também, morrem mais do que elas pelas principais causas de morte.

Em relação à última vez que os entrevistados receberam assistência de saúde, o estudo apontou que 53% (8) receberam essa assistência entre 1 mês e menos de 1 ano; 20% (3) receberam nos últimos trinta dias ou receberam entre 1 ano e menos de 2 anos e 7% (1) recebeu a cinco ou mais anos atrás. De acordo com o departamento de ações estratégicas e programas do Ministério da Saúde, a diferença no cuidado com a saúde é atribuída a fatores culturais. Enquanto, a menina é estimulada a procurar o ginecologista desde o início da menstruação e a fazer exames preventivos a partir da primeira relação sexual, o rapaz só vai ao médico quando está doente⁹.

Os locais de atendimento de saúde procurados pelos homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense, na qual 46% (7) são atendidos em consultório médico particular; 27% (4) são atendidos em posto ou centro de saúde; 20% (3) em ambulatório de hospital e 7% (1) em farmácia. Atualmente, a automedicação vem sendo fortemente discutida em nossa sociedade, em virtude do incessante aumento de consumo indevido de fármaco. Em consonância, a cultura do consumo, estabelecida no século XIX, se fundamenta sobre o consumo de mercadorias onde o mercado é mediador nas relações sociais. Desta forma, tal acontecimento promove a diversificação dos fármacos, gerando a necessidade de criar demanda de consumo o que, conseqüentemente, coloca a propaganda como veículo fundamental para divulgação de um novo significado da medicação¹⁵.

Ao examinar os discursos dos acadêmicos da Universidade Federal Fluminense e, após leitura das entrevistas, obteve-se uma categoria temática:

Ser e tornar-se homem na sociedade brasileira: Refletindo sobre masculinidades com acadêmicos da Universidade Federal Fluminense

Quando se questionou aos acadêmicos da Universidade Federal Fluminense, como eles representam a masculinidade e quais os atributos que a define, eles determinaram que a masculinidade é uma construção sociocultural e histórica, rejeitando-se que a biologia por si explique as diferenças entre os sexos:

“É um estereótipo...um rótulo da sociedade, uma rotulação que se modifica ao longo dos tempos.” (Entrevistado 1)

“Até os dias atuais, a masculinidade é um estereótipo, pois para a sociedade o homem tem que ser forte, tem que ser responsável e tem que impor respeito.” (Entrevistado 2)

“A masculinidade está presente na maneira como nos vestimos e na manifestação de nossas atitudes diante das situações e problemas que surgem na vida.” (Entrevistado 13)

Keijer¹⁶ argumenta que podemos compreender as marcas identitárias da masculinidade, situadas no âmbito das relações de gênero, como um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que o homem tenha numa determinada cultura.

Na nossa sociedade existe um papel para o homem e outro para a mulher. Ao homem coube o espaço fora de casa, de caçar, de construir, de produzir. Já à mulher o espaço do lar, de nutrir de comida e afeto, de educar, de se responsabilizar pelo outro. Enfim, por muito tempo, ao homem foi reservado o espaço do prover e à mulher coube o espaço do cuidar. Dentre os atributos que definem a masculinidade, destaca-se a fala de dois homens acadêmicos da Universidade Federal Fluminense que tem a heterossexualidade como característica principal de masculinidade:

“Na minha opinião, o que define masculinidade seria o fato de você nascer homem, com a compreensão física de homem e, claro, no meu caso permanecer; assim, na heterossexualidade”. (Entrevistado 15)

“Acho que a masculinidade é uma questão de você se sentir atraído por uma mulher”. (Entrevistado 14)

As falas dos participantes encontram-se em consonância com a produção de variados pesquisadores que descrevem as masculinidades e suas diferentes formas. Segundo Welzer-Lang¹⁷ assimilando a sexualidade masculina e sua cota de jogos, desejos e prazeres, o paradigma heterossexual se impôs como linha de conduta para os homens.

Desta forma, nas falas desses homens acadêmicos, remete ao que os estudiosos chamam de um modelo hegemônico de masculinidade, onde as características descritas são muito marcadas e presentes na vida da grande maioria dos homens da sociedade brasileira. Gomes⁵ refere que o modelo de masculinidade hegemônica, destacam-se como eixos estruturantes a heterossexualidade e a dominação.

Em outro artigo, o modelo hegemônico de masculinidade também é citado por Garcia³ que menciona que os valores hegemônicos das masculinidades são descritos por seus atributos, tais como: homem provedor, viril, agressivo, conquistador, com necessidade de demonstrar sua força, competitividade e heterossexualidade.

O participante 11, um universitário do Curso de Graduação em Letras, com 28 anos de idade chama a atenção, ao mencionar como principal atributo da masculinidade a honra.

“Acho que o maior atributo da masculinidade é a força, é a honra (...) Eu estou sempre buscando ser uma pessoa honrada, buscando sempre uma força.” (Entrevistado 11)

Os autores explicitam que a construção simbólica da masculinidade, articula-se em torno do desafio da honra de disputa entre homens e do controle das mulheres. Neste sentido, pode-se constatar que, apesar de fazerem parte de uma geração jovem, de terem uma formação mais elevada e reflexiva em relação a grande parte da população brasileira, as questões relacionadas à masculinidade estão enraizadas e são reproduzidas de geração a geração.

Muitas pessoas têm a ideia pré-concebida de que a humanidade toda é heterossexual e que uma minoria de indivíduos se encontra "viciada" num comportamento homossexual.

Para Bortolini ¹⁸ quando o assunto é homossexualidade ou transexualidade, o que não falta são opiniões. Algumas baseadas em conceitos, ideias e crenças e outras são construídas em cima apenas do senso comum e mesmo do completo desconhecimento. Se olharmos à nossa volta, perceberemos que vivemos em uma sociedade com valores patriarcais, na qual impera entre os diferentes estereótipos que cercam os homens homossexuais, serem pessoas sensíveis e afeminadas, que faz pegação no banheiro e/ou que se agarra em lugares públicos no meio da noite.

Há espaços e/ou situações onde as masculinidades e feminilidades entram em maior evidência. Nestes espaços, a prevalência pode se dar até mesmo de forma não planejada, mas baseada em uma conjuntura social de diferenciação de gênero. Considerando-se que o gênero é uma categoria fundamental na vivência das práticas corporais no esporte e no lazer, e que a dimensão de gênero, também, está presente no amplo âmbito das relações humanas nas práticas esportivas e culturais. De acordo com os entrevistados, alguns espaços e/ou situações podem ser considerar características exclusivamente masculinas:

“Bares e ambientes ligados ao futebol e a luta livre.”
(Entrevistado 7)

“Estádios de futebol e boteco”. (Entrevistado 15)

A existência de espaços onde a masculinidade se apresenta de forma mais expressiva, não é algo incomum. Tais espaços e/ou situações são importantes no sentido de reafirmar as masculinidades. Segundo Paim e Strez ¹⁹, no momento em que uma pessoa participa de uma torcida organizada, ela está sendo constituída de situações de expansão de várias emoções, muitas vezes, reprimidas pelo meio social do cotidiano. Desta forma, é diante da torcida que essa pessoa demonstra sua identidade e começa a manifestar e agir de maneira que não faria isoladamente, colocando para fora todo sentimento de impotência e frustração pessoal, que foram diluídas no coletivo das arquibancadas.

Portanto Gomes⁵ refere que essa aprendizagem costuma ocorrer em lugares monossexuados de homosociabilidade – espaços de que só homens participam – mediante o convencimento de que, para ser homem, deve-se combater o que poderia ser associado à mulher. Entretanto, para alguns entrevistados esses espaços e/ou situações não são de exclusividade masculina, pois eles valorizam a equidade de gênero nos mais variados ambientes públicos.

“Acredito que não tenha ambientes exclusivamente masculinos. Acho que os ambientes públicos são para os dois gêneros”.
(Entrevistado 12)

“Não tem um espaço específico. Acho que essa questão de você delimitar espaços específicos é muito segregador”. (Entrevistado 4)

Há ainda entrevistados que direcionaram os espaços e/ou situações exclusivamente masculinas à profissão, como sendo mais prevalentes para homens e para mulheres, evidenciando uma forma de autoafirmação da masculinidade, e a negação do feminino. Gomes (2008, p. 73) observa que a percepção do masculino como oposto ao que é visto como feminino ainda está muito incorporada ao nosso cotidiano⁵.” Nos depoimentos dos entrevistados isto pode ser notado: Os pais são os primeiros educadores com os quais as crianças têm contato, não há como negar que inúmeras informações e códigos sociais serão transmitidos e absorvidos pelos filhos, ainda que estes possam mudar ao longo dos anos acompanhados das experiências individuais.

Humphreys²⁰ refere que a família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos. Ela é responsável pela transmissão dos valores, usos e costumes que irão formar a personalidade e a bagagem emocional do ser humano.

Baseados nessas experiências pode-se indagar aos entrevistados se a representação da masculinidade sofre mudanças ao longo dos tempos e pode-se

perceber nos relatos a seguir, um grande destaque nos aspectos históricos e temporais:

“A masculinidade com o passar do tempo vem sofrendo mudanças. De acordo, com as influências que a pessoa tem ao longo da vida, com as experiências e com o repertório que a pessoa tem ao longo da vida”. (Entrevistado 9)

“A masculinidade muda, às vezes, de médio a longo prazo. Mas isso se dá a todo tempo”. (Entrevistado 7)

Para Gomes⁵ existe a concepção segundo a qual homens e mulheres são transhistóricos, eternos e as essências imutáveis vem sendo amplamente criticada. Ainda acerca da evolução das representações das masculinidades, Garcia³ ressalta a hegemonia é vista como historicamente mutável.

Na concepção de alguns pesquisadores as diferentes formas de expressar a masculinidade sofrem mudanças ao longo da história das civilizações. Gomes⁵ que de certa forma, exemplificam a premissa de que, em cada época histórica, são construídos valores e expectativas de modelos aos quais os sexos devem se ajustar para lograrem minimamente uma respeitabilidade social.

O que se compreende nos discursos dos acadêmicos da Universidade Federal Fluminense é que a representação da masculinidade sofreu mudanças, ainda que, sejam elas classificadas apenas como uma forma de amadurecimento e este só se fez de fato pelas vivências adquiridas no percurso da vida. Levando em consideração que as masculinidades são construídas em um contexto histórico, social e cultural. Neste contexto, foi pedido aos entrevistados que apontassem algumas dificuldades e facilidades, nos dias atuais, em “ser homem” e em “ser mulher” em nossa sociedade.

Como facilidades, os argumentos que se destacaram foram a condição de liberdade e as relações de disputa de emprego entre os sexos, na qual o

homem seria favorecido na maioria das vezes, como se evidencia nos seguintes depoimentos:

“Facilidade de ser homem na sociedade...Assim, porque o homem tem certas liberdades, essa é a facilidade.” (Entrevistado 4)

Apesar da redução da desigualdade de gênero, inclusive com a promulgação da Lei Federal n. 9.799, de 26 de maio de 1999, que trata singularmente sobre o acesso da mulher no mercado de trabalho e, de programas próprios do governo federal, é fato que as mulheres encontram dificuldades de inserção no mercado de trabalho e, quando inseridas nesse contexto, recebem menos do que os homens e ocupando cargos hierarquicamente inferiores⁸.

A separação das carreiras reflete, em larga medida, a própria divisão sexual do trabalho, traduzindo-se em “carreiras femininas” mais vinculadas às áreas sociais, portanto de “cuidado” e as “carreiras masculinas” conhecidas como ciências exatas, mais técnicas. A essa separação corresponde uma divisão em termos de hierarquia e reconhecimento social e salarial. Enquanto as áreas ditas “femininas” acabam constituindo-se nas carreiras menos valorizadas socialmente, aquelas ocupadas em sua maioria por homens revelam-se espaços com maior remuneração e prestígio social. Já o argumento de liberdade mencionada pode ser lida como um machismo velado, onde ao homem é permitido um comportamento “transgressor” sem maiores julgamentos e às mulheres cabe a guarda da ética, da moral e do exemplo a ser seguido.

Muraro e Boff ²¹, apresentam que o processo de individualização à integração dinâmica é sempre difícil do masculino e do feminino [...] Esboça-se por todas as partes um novo tipo de manifestação do feminino e do masculino em termos de parcerias, de colaboração e de solidariedade, nas quais homens e mulheres se acolhem nas suas diferenças no horizonte de uma profunda igualdade pessoal, de origem e de destino, de tarefa e de compromisso na construção de mais benevolência para com a vida e a Terra e de formas sociais mais participativas e democráticas entre os gêneros. Como

dificuldades, encontramos o peso das responsabilidades e dos estereótipos na masculinidade hegemônica impostos pela nossa sociedade, como se apresenta nos discursos que se seguem:

“Exatamente esse estereótipo. Você tem que se encaixar nele, senão você tem algum problema”. (Entrevistado 2)

“Uma dificuldade de você em determinados setores, você é obrigado a ter um tipo de postura que talvez você não queira”. (Entrevistado 6)

Discorrendo acerca das dificuldades de “ser homem”, um ponto que nos chama atenção está relacionada com o fato de homens terem interesse pelo campo das artes, conforme pode-se constatar no trecho abaixo:

“Eu acho que as pessoas que são ligadas em artes, sempre enfrentam uma dificuldade na parte de se expressar, sempre são taxadas como afeminadas.” (Entrevistado 14)

Nestas falas ficam evidentes que os tabus, mitos e estigmas que envolvem a cultura de uma sociedade deturpam o campo de conhecimento na qual as artes visuais, plásticas e cênicas estão inseridas. Salienta Simioni ²² que a história da arte é tomada como uma prática discursiva perpassada pelas dinâmicas de gênero, prática essa que se cristaliza na maneira como são construídas as suas categorias valorativas e as hierarquias que definem os próprios objetos sobre as quais se debruça enquanto disciplina.

O autor explicita que a maioria dos livros de história da arte exalta a genialidade artística masculina, discurso que também ressoa nos livros didáticos. Esse discurso pedagogizado sobre arte define a criatividade feminina como algo a ser controlado por receitas e prescrições de “como fazer”, escapando de qualquer nível de excelência, ou mesmo de qualquer semelhança e visibilidade da chamada “grande arte”²³.

Considerações finais

A masculinidade é estabelecida ao longo da vida do homem. Estando em sociedade, as questões de gênero envolvidas na organização das relações sociais entre indivíduos do mesmo sexo ou sexo oposto, mantém a conexão com toda a estrutura física, emocional e psíquica de cada homem.

As diferentes masculinidades se dão numa construção histórica, neste sentido, ela evolui e toma diferentes formas e significados de acordo com o tempo histórico, geração, etnia e grupo social.

Hoje, a masculinidade assume uma forma plural, respeitando as diferenças entre os homens, ainda que de uma mesma geração, etnia ou classe social. Apesar dessa tendência à diversificação, muitos, ainda não enxergam dessa maneira, considerando-se excluídos de um modelo hegemônico, caso haja qualquer fuga ou negação ao que é tido como “normal” ou minimamente comum.

No que se expressa essa masculinidade moldada segundo uma conformidade social, há que se aprender o que é previamente proposto e aceito pela sociedade, criando a existência de espaços onde a representação da masculinidade, torna-se evidente, mesmo que alguns desses ambientes também sejam frequentados por mulheres. Esta hegemonia de um estereótipo de masculinidade gera insegurança e insatisfação naqueles que procuram ser da maneira que determinam para si, pois o julgamento que a sociedade impõe não se deixa passar despercebido.

Tendo uma conjuntura social como base na evolução humana e na representação das masculinidades, a família aparece como primeira rede social onde esse indivíduo se encontra inserido, podendo, esta ensinar-lhe valores. E apenas apontar o caminho mais adequado para o homem melhor viver a sua masculinidade.

É complexo exercer uma masculinidade numa sociedade que ao mesmo tempo cobra muitas responsabilidades de um homem e oferece regalias. O meio termo é difícil de ser achado, ainda que, se viva cada um uma

masculinidade diferenciada, não se pode negar abstrair uma sociedade que observa e avalia a todo momento seus pertencentes.

Trazendo à luz o campo da saúde, este homem que possui sua masculinidade socialmente construída, é atribuído muitos encargos que despendem um longo tempo livre e de seu vigor físico. Desta forma, questões relativas à saúde são tratadas em um plano inferior, sendo lembradas, na maior parte, somente em casos de dor aguda e/ou crônica.

Criar espaços que tenham uma maior identificação com o público masculino e também, adentrar nos espaços convencionalmente masculinos é fundamental para que se possa promover à saúde, sendo esta não apenas a ausência de doenças, mas um bem-estar biopsicossocial e espiritual do indivíduo.

Referências

- 1- Machin R, Couto MT, Silva GSN da; Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, Valença AO, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4503-4512, 2011.
- 2- Couto MT, Dantas SMV. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista *Saúde e Sociedade*. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.4, 2016, p.857-868.
- 3- Garcia S. *Homens na intimidade. Masculinidades Contemporâneas*. Ribeirão Preto: Holos, 2006.
- 4- Gagnon J. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- 5- Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

- 6- Modena CM, Martins AM, Gazzinelli AP, Schall SSLAVT. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas psicol.* [online]. 2014, vol.22, n.1
- 7- Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 105-109, 2005.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: DF, 2009.
- 9- Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Síntese de resultados e comentários. Brasília: 2008.
- 10- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 5. ed. São Paulo -Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.
- 11- Leopardi MT, Beck CLC, Nitschke EA, Gonzales RMB. Metodologia da pesquisa em saúde. Florianópolis: Pallotti, 2011, 344p.
- 12- D'Andrea FF. Desenvolvimento da personalidade. São Paulo: Difel Difusão Editorial S.A, 2007.
- 13- Luck M, Bamford M, Williamson P. Men's Health: perspectives, diversity and paradox. London: Blackwell Sciences, 2010.
- 14- Courteney WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc. Sci Med* 2015; 50: 1385-401.
- 15- Slater Dom. Cultura do Consumo e Modernidade. São Paulo: Nobel, 2012.
- 16- Keijer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, editores. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Herida, p. 137-52, 2013.
- 17- Welzer-Lang D. A construção do masculino, dominação das mulheres e homofobia, *Rev. Estudos Feministas*, 2011, vol. 9, p. 460-48.

- 18- Bortolini A. Diversidade sexual na escola. Rio de Janeiro: Pró-reitora de Extensão/UFRJ, 2008.
- 19- Paim MCC, Strey MN. Violência no contexto esportivo. Uma questão de gênero? Revista Digital, Educación Física y Deportes, Buenos Aires, v. 12, n. 108, maio 2007.
- 20- Humphreys C, Hester M, Hague G, Mullender A, Abrahams H. From good intentionsto good practiceMapping services working with families wherethere is domestic violence. irst published in Great Britain in August 2000, p. 9.
- 21- Muraro RM & Boff L. Feminino/Masculino: Uma consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2012.
- 22- Simioni, APC. Regina Gomide Graz: Modernism, textileart and gender relations in Brazil. Revista do ieb, n.45, p.87-106, set, 2007.
- 23- Gruppelli L. Docência Artista: Arte, Gênero e Ético-Estética Docente Laponte, UNISC, UFRGS, N.08, 2006. Humphreys T. A família: ame-a e deixe-a. São Paulo: Ground, 2010.

**Diálogos acerca da experiência de teleatendimento de pacientes com
síndrome gripal^{1, 2, 3}**

*Dialogues about the tele-service experience of patients with gripal
syndrome*

***Diálogos acerca de la experiencia de tele-servicio de pacientes con
síndrome gripal***

*Dialogues about the tele-service experience of patients with influenza
syndrome.*

*Diálogos sobre a experiência de teleatendimento para pacientes com
síndrome gripal.*

Fábio Solon Tajra ¹

Gregory Ramon Bandeira da Silva ²

Bruno Guedes Alcoforado Aguiar ³

1 Artigo inédito e produto de experiência no serviço de teleatendimento para síndromes gripais.

2 Fonte Financiadora da pesquisa: financiamento próprio.

3 Conflitos de interesse: Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Medicina Comunitária, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Representante da Plataforma Multidisciplinar de Políticas de Saúde do Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados – CIATEN. Teresina (PI), Brasil. Email: fstajra@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1556885629243172>. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7236-5541>.

² Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Piauí. Médico da atenção básica, vinculado ao Programa Mais Médicos em Caxias-MA. Especialização em Saúde da Família e Comunidade - LATO SENSU, em andamento, oferecido pela Universidade Aberta do SUS da UFPI. Teresina (PI), Brasil. e-mail: gramon.bandeira@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8146440308240284>. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3426-5168>.

³ Doutor em Microbiologia-imunologia pelo Centro de Pesquisas em Infectologia do Centro Hospitalar da Université Laval. Docente do Departamento de Medicina Comunitária, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Subcoordenador do núcleo de pesquisa do Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados – CIATEN. Teresina (PI), Brasil. Email: guedesaguaiar@ufpi.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4066712816178814>. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7986-1759>.

RESUMO

Diante da necessidade de distanciamento e isolamento social assumidas como medidas de enfrentamento importantes para a prevenção e controle da COVID-19, o uso da telemedicina foi oportuno e incorporado como dispositivo para a atenção à saúde no mundo inteiro. Objetivamos apresentar a experiência de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista a necessidade de elaboração de estratégias para o cuidado em saúde. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da atuação do profissional médico de um município do nordeste brasileiro no serviço de tele atendimento de pacientes com síndrome gripal. A partir da análise dos dados produzidos em diários de campo reflexivos, elaboramos três unidades de significado, a saber:

Sentimentos, emoções e expectativas oportunizadas pela pandemia de COVID-19; pacientes com síndrome gripal; e, Atitudes e dúvidas da população diante da convivência com a COVID-19 e disponibilidade do serviço. A partir da implantação desse serviço, compreendemos o movimento da população diante da pandemia de COVID-19. Além da percepção sobre o entendimento das medidas de enfrentamento disseminadas ao longo da pandemia, foi possível observar as reações, sentimentos e emoções da população, bem como identificar as principais necessidades e demandas para o cuidado. O serviço de teleatendimento contribuiu com a organização e funcionamento dos serviços de saúde em rede, assumindo uma função educativa e de apoio diagnóstico, além de constituir dispositivo complementar de articulação e integração, principalmente, junto à atenção primária.

Palavras-chave: Telemedicina, Infecções por coronavírus, COVID-19, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT: In view of the need for distance and social isolation assumed as important coping measures for the prevention and control of COVID-19, the use of telemedicine was timely and incorporated as a device for health care worldwide. We aim to present the experience of the call center of patients with flu syndrome during the COVID-19 pandemic, in view of the need to develop strategies for health care. This is a descriptive study, of the type of experience report, elaborated based on the performance of the medical professional of a municipality in the northeast of Brazil in the call center service of patients with flu syndrome. From the analysis of the data produced in reflective field diaries, we elaborated three units of meaning, namely: Feelings, emotions and expectations made possible by the COVID-19 pandemic; Analysis of the organization and functioning of the call center service for patients with flu syndrome; and, Attitudes and doubts of the population in the face of living with COVID-19 and availability of the service. From the implementation of this

service, we understand the movement of the population in the face of the COVID-19 pandemic. In addition to the perception of understanding the coping measures disseminated throughout the pandemic, it was possible to observe the reactions, feelings and emotions of the population, as well as to identify the main needs and demands for care. The call center service contributed to the organization and functioning of networked health services, assuming an educational and diagnostic support function, in addition to being a complementary articulation and integration device, especially with primary care.

Keywords: Telemedicine, Coronavirus infections, COVID-19, Qualitative research.

RESUMÉN: Ante la necesidad de la distancia y el aislamiento social asumidos como importantes medidas de afrontamiento para la prevención y control del COVID-19, el uso de la telemedicina fue oportuno e incorporado como un dispositivo para la atención de la salud a nivel mundial. Nuestro objetivo es presentar la experiencia del call center de pacientes con síndrome gripal durante la pandemia COVID-19, ante la necesidad de desarrollar estrategias de atención a la salud. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo de relato de experiencia, elaborado a partir de la actuación del profesional médico de un municipio del noreste de Brasil en el servicio de call center de pacientes con síndrome gripal. A partir del análisis de los datos producidos en los diarios reflexivos de campo, elaboramos tres unidades de significado, a saber: Sentimientos, emociones y expectativas posibilitadas por la pandemia de COVID-19; Análisis de la organización y funcionamiento del servicio de call center para pacientes con síndrome gripal; y, Actitudes y dudas de la población ante la convivencia con COVID-19 y disponibilidad del servicio. A partir de la implementación de este servicio, entendemos el movimiento de la población ante la pandemia COVID-19. Además de la percepción de comprensión de las

medidas de enfrentamiento difundidas a lo largo de la pandemia, fue posible observar las reacciones, sentimientos y emociones de la población, así como identificar las principales necesidades y demandas de atención. El servicio de call center contribuyó a la organización y funcionamiento de los servicios de salud en red, asumiendo una función de apoyo educativo y diagnóstico, además de ser un dispositivo complementario de articulación e integración, especialmente con la atención primaria.

Descriptor: Telemedicina, Infecciones por Coronavirus, COVID-19, Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

Após o início da epidemia da nova pneumonia, popularmente tratada por COVID-19 (COrona VIRus Disease), na província de Hubei, China, associada ao novo coronavírus (SARS-CoV-2), a infecção emergente se espalhou por diversos países¹. Em pouco tempo, mobilizou esforços do mundo inteiro e recrutou recursos diversos para a sua prevenção e controle.

Os primeiros casos no Brasil foram registrados em meados de fevereiro de 2020. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 25 de março de 2021, já foram registrados 12.130.019 casos confirmados da doença e 298.676 mortes no país. No mundo inteiro, o número de casos confirmados de COVID-19 já ultrapassou a marca de 124.215.843 e o número de mortes de 2.734.374, considerando o mesmo período³.

Febre, tosse, cansaço, dificuldade de respirar, perda de paladar e olfato foram os sintomas mais comuns relacionados ao novo vírus⁴. Sem vacinas e tratamento eficiente no início da epidemia, medidas não farmacológicas foram implementadas com o intuito de reduzir a mortalidade e a demanda pelos serviços de saúde⁵. Diante da necessidade de distanciamento e isolamento social assumidas como medidas de enfrentamento importantes, o uso da

telemedicina foi oportuno e incorporado às respostas de diversos sistemas de saúde ao redor do mundo e no Brasil⁶⁻⁸.

No Brasil, o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) esteve ancorado pela Portaria Nº 467/2020 e pela Lei Nº 13.989/2020⁹⁻¹⁰. Além do intuito de reduzir o contato entre pessoas e diminuir a transmissão viral, a telemedicina apresentava diversas qualidades como a ampliação e facilitação do acesso aos serviços de saúde¹¹⁻¹².

Com o medo advindo da pandemia, o impacto do isolamento social na saúde mental das pessoas e a demanda estrutural de diversas doenças, a telemedicina foi implementada e se destacou como uma das alternativas na busca por informações e atendimento médico¹³⁻¹⁴. No entanto, poucos relatos são descritos na literatura científica sobre o teleatendimento durante o período de pandemia, assim como de suas potencialidades e fragilidades.

O objetivo deste estudo foi apresentar a experiência de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista a necessidade de elaboração de estratégias para o cuidado em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência¹⁵, elaborado a partir da atuação do profissional médico (pesquisador principal) de um município do nordeste brasileiro, Caxias - Maranhão, no serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal.

O município de Caxias, 412,9 km distante da capital São Luís, tem investido na organização e funcionamento dos serviços para o combate à COVID-19. Para isso, recrutou equipe de médicos para a implantação do serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal. A implantação se deu em maio de 2020 durante a pandemia de COVID-19. Naquela ocasião, o número de pessoas afetadas era de vinte e seis e, ainda, não tinha sido registrado

nenhum óbito. O serviço tinha como objetivos orientar a população acerca do agravo, possibilitar o acesso da população com síndrome gripal aos profissionais de saúde por meio do teleatendimento, ordenar o fluxo assistencial dentro da rede e diminuir a circulação de pessoas nos postos de saúde e Unidades de Pronto Atendimento.

Os dados deste estudo foram produzidos a partir de um diário de campo reflexivo entre os meses de maio e julho de 2020 após imersão prévia do pesquisador principal no serviço. Por meio deste registro, foram pontuadas notas, impressões, observações, primeiras teorizações do pesquisador diante da sua atuação e contato com o serviço¹⁶. As transcrições foram compartilhadas com os demais autores para comentários e anotações.

A análise dos dados esteve fundamentada no paradigma interpretativo, uma vez que os pesquisadores estudaram os fenômenos em seus cenários naturais, tentando entendê-los em termos dos significados que as pessoas a eles conferem¹⁷. Dentre os procedimentos de análise, adotamos o referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer¹⁸ associada às contribuições de Paul Ricoeur¹⁹. Assim, três fases foram percorridas: leitura inicial, com o objetivo de compreender o texto de maneira superficial, até a apreensão dos principais significados; leitura crítica, com a finalidade de interpretar e compreender os prováveis significados imbuídos no texto; e, apropriação, tendo em vista a necessidade de compreensão e assimilação da mensagem desvelada²⁰.

As unidades foram geradas indutivamente sem utilização de softwares. Os resultados foram debatidos entre o pesquisador principal e outros dois docentes com expertise no assunto que contribuíram com a definição das unidades de significado e discussão acerca do objeto de estudo.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados produzidos, elaboramos três unidades de significado que serão tratadas a seguir:

Sentimentos, emoções e expectativas oportunizadas pela pandemia de COVID-19

A pandemia da COVID-19 trouxe mudanças importantes na maneira como nos relacionamos com outras pessoas, com os serviços, com o lazer e o trabalho²¹. Em se tratando do trabalho em saúde, um dos pontos mais sensíveis foi o despertar de sentimentos e emoções que oscilavam durante todo o período. Mesmo com essa inconstância, a sensação de ansiedade tornou-se dominante, ainda que, por muitas vezes, esse sentimento tivesse razões diferentes de existir.

Nos primeiros indícios de que a doença se tornava real no nosso meio, a ansiedade se apresentou pelo medo do desconhecido e pela falta de informação sobre como diagnosticar, isolar, tratar e prevenir complicações que não tardaram a aparecer. Isso foi observado nos mais diversos cenários e contextos de situação de saúde de estados e municípios, principalmente, em quem estava na linha de frente para o cuidado²².

Apesar do número de casos, que hoje entendemos como baixo para aquele momento inicial, em torno de 26 pessoas infectadas no município até o dia 29 de abril de 2020, foi gerado temor entre os profissionais de saúde. Naquela ocasião, os testes de RT-PCR (do inglês reverse-transcriptase polymerase chain reaction) demoravam, em média, 10 dias para recebimento. Aliado a isso, persistiram algumas dúvidas: Como manter o isolamento e estender o cuidado aos contatos domiciliares? Onde interná-los? Quais protocolos seguir?

Alguns autores mencionam desafios e oportunidades para a telessaúde em tempos de pandemia de COVID-19. Relatam que a telessaúde oferece recursos

importantes como a capacidade para triagem, cuidado e tratamento remotos, além de auxiliar o monitoramento, vigilância, detecção e prevenção, e para a mitigação dos impactos aos cuidados de saúde indiretamente relacionados a COVID-19. Contudo, percebemos que a sua implantação requer planejamento e participação de usuários, profissionais de saúde e gestores.

Uma vez implantado o serviço no município e atentando para a prática no serviço, foi possível observar diversos obstáculos junto à população. Explicar repetidas vezes que, diante da limitação dos testes diagnósticos, era necessário seguir critérios para a sua realização, não era tão bem recebido pela maioria dos usuários que se mostravam irredutíveis quanto o "direito" de realizá-los a qualquer custo.

Outra dificuldade de entendimento percebida na população esteve relacionada com o medicamento mais apropriado para a COVID-19. A veiculação de informações equivocadas ou sem evidência alguma dificultaram ainda mais o trabalho em saúde e contribuíram para uma reação intempestiva da população. Isso afetou, sobremaneira, a relação médico-paciente.

O que entendemos hoje como fake news constitui outro problema que afeta essa relação. No seu sentido mais genérico, constitui um movimento de plantar notícias falsas e veiculá-las, principalmente nos meios digitais, com o objetivo claro de proliferar uma crença errônea na população que tem acesso a esses meios. É importante mencionar que essas notícias falsas podem ser manipuladas no todo ou em parte e interferem, sobremaneira, no processo de cuidado em saúde.

No âmbito da saúde, as interferências das fake news se dão em virtude do poder de propagação dessas notícias e dos efeitos que elas podem causar para todos (profissionais, pacientes e poder público). Ao divulgar uma notícia não fundamentada em trabalhos científicos ou até mesmo fundamentar protocolos não embasados, produzimos fake news. Isso aconteceu, mais recentemente, com a disseminação da informação sobre algumas drogas para o tratamento da

COVID-19, como a cloroquina / hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina²⁴.

Observamos os efeitos das notícias falsas durante toda a crise causada pela COVID-19. De um lado, a população que anseia por uma resposta; do outro, profissionais da saúde que se colocam nesse embaraço e percebiam a relação médico-paciente ruir. Para uma parcela importante da população angustiada e com medo, uma notícia veiculada nas redes sociais, formais e informais, que defende o uso de determinada medicação para tratamento da COVID-19, provoca uma procura em massa. Foi o que observamos durante toda esta crise. Médicos que tentaram levar informações mais precisas em seus atendimentos sobre o real efeito de tais medicamentos foram muitas vezes colocados em segundo plano pelos próprios pacientes ou até mesmo tiveram sua conduta ignorada e subjugada. A disseminação desenfreada de fake news, principalmente durante este período de pandemia, comprometeu, sobremaneira, a relação médico-paciente, bem como a relação médica com as instituições públicas de saúde. Aliado a isso, contribuiu com o descrédito da ciência e de instituições globais de saúde²⁵.

Isso gerou em muitos de nós, profissionais da saúde, um sentimento de fragilidade diante de um sistema de saúde precário e um governo omissivo. É nesse contexto que trabalhamos diariamente no nosso serviço de teleatendimento. Cientes do nosso papel enquanto profissionais de saúde, conhecendo nossas limitações e tentando aliar os sentimentos e emoções gerados diante dos desafios da pandemia.

Análise da organização e funcionamento do serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal

Observamos os efeitos das notícias falsas durante toda a crise causada pela COVID-19. De um lado, a população que anseia por uma resposta; do outro, profissionais da saúde que se colocam nesse embaraço e percebiam a relação médico-paciente ruir. Para uma parcela importante da população angustiada e com medo, uma notícia veiculada nas redes sociais, formais e informais, que defende o uso de determinada medicação para tratamento da COVID-19, provoca uma procura em massa. Foi o que observamos durante toda esta crise. Médicos que tentaram levar informações mais precisas em seus atendimentos sobre o real efeito de tais medicamentos foram muitas vezes colocados em segundo plano pelos próprios pacientes ou até mesmo tiveram sua conduta ignorada e subjugada. A disseminação desenfreada de fake news, principalmente durante este período de pandemia, comprometeu, sobremaneira, a relação médico-paciente, bem como a relação médica com as instituições públicas de saúde. Aliado a isso, contribuiu com o descrédito da ciência e de instituições globais de saúde²⁵.

Isso gerou em muitos de nós, profissionais da saúde, um sentimento de fragilidade diante de um sistema de saúde precário e um governo omissivo. É nesse contexto que trabalhamos diariamente no nosso serviço de teleatendimento. Cientes do nosso papel enquanto profissionais de saúde, conhecendo nossas limitações e tentando aliar os sentimentos e emoções gerados diante dos desafios da pandemia.

Análise da organização e funcionamento do serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal

O serviço de teleatendimento contava com uma equipe formada por dois médicos, quatro profissionais de enfermagem, responsáveis por realizar a triagem inicial dos casos, uma equipe de telemonitoramento, também formada

por profissionais de nível superior, em sua maioria psicólogos e assistente social, que tinham a função de monitorizar os pacientes que fossem atendidos no decorrer da semana.

Foram disponibilizados quatro números para a comunidade, que deve fazer contato via aplicativo de mensagens whatsapp, através de vídeo chamada. O serviço de triagem era responsável por acolher a demanda. Caso a queixa do paciente fosse caracterizada como síndrome gripal, a chamada seria transferida para um dos médicos, realizando assim o atendimento por meio de chamada de vídeo. Naquela oportunidade, o paciente poderia, quando indicado, receber uma prescrição com medicação sintomática e solicitação de testagem ou ser encaminhado para a atenção básica ou serviço de urgência, diante da necessidade de uma avaliação presencial. Tanto a equipe de triagem como os médicos seguiam o roteiro de consulta e os fluxogramas determinados pela Secretaria Municipal de Saúde.

No momento da implantação do serviço, percebemos problemas quanto a sua operacionalização. Foi necessário estabelecer roteiro de como receber o paciente numa chamada, quais informações seriam importantes coletar, como encaminhar o paciente e estabelecer uma linguagem acessível, garantindo o fluxo das informações. Com isso, observamos que se fazia necessário unificar o atendimento tanto em termos de conduta quanto em informações prestadas à comunidade. Foi então que surgiram os primeiros fluxogramas para direcionar o paciente dentro da rede, sempre baseado nas orientações oficiais.

Além da dificuldade organizacional, enfrentamos a resistência dos profissionais médicos da atenção básica e serviços de urgência que, muitas vezes, colocavam em dúvida a necessidade do serviço de teleatendimento. Observamos alguns questionamentos: “como é possível verificar a veracidade dos sinais e sintomas em uma consulta por chamada de vídeo?”; “como fazer se não é possível realizar o exame físico?”.

Foi oportuno definir e socializar os objetivos do serviço de teleatendimento e informar sobre a necessidade de lançar mão de um serviço que pudesse favorecer o acesso à informação e direcionamento do usuário na rede, entendendo o momento de distanciamento e isolamento social que estávamos vivenciando e a limitação do acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Com o serviço de teleatendimento, pessoas com indicação foram testadas e diagnosticadas. Por meio da nossa central, foi possível, quando indicado, orientar o melhor dia para realização dos testes. Muito se fez no sentido de orientar o paciente sobre qual serviço procurar dentro da rede (UPA, hospitais ou UBS), sempre fazendo o referenciamento à equipe da UBS, fazendo-a tomar conhecimento sobre os casos confirmados dentro da sua área de atuação.

Um ponto importante foi a necessidade de se construir uma relação e estabelecer o vínculo com a atenção primária, garantindo o atendimento médico com a equipe assistente. Essa articulação e integração dos serviços em rede tem sido um desafio para os sistemas de saúde que operam tentando garantir a integralidade do cuidado em saúde²⁷⁻²⁸.

Aqui, foi possível perceber muitos problemas. Serviços que se encontravam fechados ou com demanda reduzida em momentos de pandemia, unidades que não prestavam assistência aos seus doentes crônicos que posteriormente agudizam (hipertensos, diabéticos e até mesmo gestantes) tornaram-se um potencial fator para aumentar a demanda por leitos hospitalares. Foi necessário mudar a postura dentro do município e garantir atendimento aos doentes crônicos que necessitam de acompanhamento nas UBS.

No que diz respeito à construção do vínculo, percebemos fragilidades, tendo em vista a rotatividade dos profissionais. De fato, a rotatividade dos profissionais interfere, sobremaneira, na construção do vínculo com a população, principalmente, nos modelos de saúde orientados a partir da atenção primária²⁹⁻³⁰. Contudo, percebemos aspectos importantes para a abordagem

às pessoas e que poderiam minimizar a distância estabelecida por meio desse canal.

Tendo em vista o número crescente de casos e de mortes, os pacientes passaram a superlotar as UBS e de emergência, buscando atendimento e testagem diagnóstica para quaisquer sintomas, mesmo que discretos. Os testes se encontravam insuficientes, incluindo a rede privada. Foi nesse momento que se fez necessário orientar a população sobre os principais sintomas, quando e por quanto tempo se isolar de outros familiares dentro do domicílio, sintomas de gravidade e quando testar em momentos de indisponibilidade. Essas informações, muitas vezes, eram o que de mais valioso o serviço de atendimento poderia ofertar aos pacientes durante a pandemia. A informação oportuniza o cuidar-de-si e o cuidar-do-outro²⁶.

Entendemos que, ao estabelecer roteiros organizados para as consultas e fluxogramas de direcionamento dentro da rede, era possível diminuir a demanda dentro das UBS e até mesmo nas unidades de emergência, pois pacientes considerados casos leves puderam ser acompanhados a partir da nossa atuação. Desenvolvemos, então, critérios para testar os pacientes tendo em vista a limitação de número de testes rápidos e RT-PCR. Certamente, o desenvolvimento destes critérios não foi algo simples de ser colocado em prática. Foi necessário informar a população que, com a indisponibilidade de recursos, era necessário priorizar grupos, isolando-os precocemente e identificando os casos potencialmente graves. Assim, foi elaborado um vídeo educativo que pudesse ter maior alcance e fosse mais facilmente socializado nas redes sociais, formais e informais. A população, mesmo com a informação sendo prestada, não compreendia, quando não se encaixavam no protocolo de testagem vigente no serviço público nos meses iniciais. O momento exigia paciência e compreensão por parte da nossa equipe.

Diante da experiência no serviço de teleatendimento, entendemos que sempre há lugar para a empatia mesmo que por meio do atendimento remoto.

Percebemos que é possível fazer telemedicina, compreendendo o tipo de serviço que será prestado e até onde este serviço consegue suprir as necessidades do paciente e manter a segurança. É preciso elaborar normas e fluxos, assim como definir critérios para articular a atenção junto a outros serviços.

Com a evolução do serviço ao longo dos dias percebemos que muitos profissionais envolvidos não permaneceram nesta atividade por motivos diversos, incluindo principalmente a dificuldade em estabelecer uma comunicação acessível com o paciente, assim como a dificuldade com a alta demanda. De fato, a atividade de teleatendimento envolve aspectos diversos que incluem as condições e a organização do trabalho, o conteúdo da tarefa e da atividade e os relacionamentos interpessoais. Todos estes aspectos contribuem para as vivências de prazer e sofrimento nesse tipo de atividade e levam à permanência ou não no serviço³¹.

Percebemos que, para realizar um serviço de teleatendimento, deve existir um perfil próprio por parte dos profissionais envolvidos. Era preciso desenvolver um perfil de um bom comunicador. Isso era válido tanto para o médico assistente quanto para a equipe de triagem e de coleta de informação. Era rotineiro a preocupação da coordenação do teleatendimento em reforçar que todas as informações deveriam ser coletadas e anotadas de forma que garantisse o contato posterior pela equipe de monitoramento e o vínculo com a atenção primária.

Com a criação dos fluxos e condutas unificadas entre os profissionais médicos foi possível organizar o serviço de atendimento aos casos suspeitos e confirmados. Posteriormente, percebemos que nosso papel de levar informação era de grande importância, visto que em um primeiro momento o acesso às UBS foi estreitado para garantir o isolamento social. Nossa função esteve para além do atendimento. Tivemos a função de organizar o fluxo dentro da rede de saúde da cidade, já que alguns pontos se tornaram referência para dos casos

suspeitos, orientando muitas vezes famílias que identifiquem sinais de gravidade em seus doentes, e servindo de ponte com a atenção primária e de urgência fazendo encaminhamentos quando necessário.

Após organizar o serviço, vivemos outro problema diário: o uso de medicação sem evidências seguras de sua eficácia para o tratamento. O governo endossou informações positivas sobre o uso de tais substâncias em seus principais protocolos sem evidências científicas que pudessem respaldar o uso dessas substâncias na prevenção ou tratamento da COVID-19. Isso dificultou não apenas os serviços presenciais como também o serviço de atendimento remoto. Vivenciamos um número imenso de pessoas que solicitaram um atendimento apenas para receber prescrição que deveria incluir: azitromicina, ivermectina e hidroxicloroquina / cloroquina. Aos profissionais médicos mais receosos, era extremamente desgastante repetir informações sobre o uso indiscriminado e as consequências de substâncias sem eficácia comprovada para COVID-19. O mesmo embate que observamos na mídia e no cenário político observamos dentro dos nossos consultórios, seja ele remoto ou presencial, entre médicos e pacientes. Observamos isso, ainda, nas discussões clínicas dentro dos serviços médicos em todo o mundo. Para nós, profissionais de saúde da ponta, a introdução e disseminação de informações duvidosas sobre estas substâncias feriu a relação médico-paciente e muito exigiu dos profissionais de saúde mais cautelosos.

Com a evolução da pandemia foi aumentado o poder diagnóstico tanto na rede municipal de saúde como no serviço privado. Esse aumento no número de testes fez crescer a demanda por atendimento no nosso serviço. Percebemos, então, que a população mudou a concepção quanto ao teleatendimento no município, utilizando o serviço meramente com uma central para agendamento dos testes. Entretanto, nosso objetivo iria muito além disso. Foi preciso resgatar o nosso desafio como acolhedor, provedor de informações, regulador e de ação diagnóstica contínua.

Atitudes e dúvidas da população diante da convivência com a COVID- 19 e disponibilidade do serviço

O serviço foi implantado pela secretaria municipal de saúde sem o estabelecimento de fluxos e roteiros de consulta. Foi divulgado por meio das redes sociais e outros meios de comunicação. Inicialmente, gerou um número intenso de chamadas pelos mais diversos motivos, como a necessidade de informações e atendimento para doenças crônicas diversas, pré-natal e até mesmo reclamação sobre a ausência de profissionais nas UBS.

Percebemos que a população estava desinformada sobre como estava funcionando a rede no momento da pandemia com a falsa ideia de UBS fechadas ou com atendimento restrito. A falta de informação comprometeu, assim, o seguimento dos casos em andamento e a cobertura de novos casos. Assim, foi importante o esclarecimento sobre a proposta de teleatendimento como dispositivo de suporte para a rede e de assistência à saúde da população.

Com o avançar do trabalho, identificamos questionamentos diversos: “meu marido está em isolamento, posso dormir com ele?”; “minha filha amamenta meu neto de 3 meses e está com os sintomas. Ela deve amamentar?”. Esses questionamentos foram disparadores de um processo de treinamento da equipe de triagem para gerar mais fluidez aos atendimentos e organizar o fluxo para investigação dos casos de síndrome gripal. Havia dúvidas específicas sobre a duração do isolamento e dos sintomas, quando seria mais indicado realizar os testes ou, até mesmo, como perceber a gravidade da doença.

Ao levar em consideração as dúvidas e preocupações da população, revisamos a estrutura do serviço e investimos no treinamento da equipe para a disseminação das informações. Isso foi importante para contribuir na

apropriação do conhecimento sobre a doença e nos recursos para a sua prevenção e controle em meio a um cenário que parecia tornar-se trágico em pouco tempo.

Ter a oportunidade de sanar diretamente as dúvidas com um profissional de saúde, também, foi uma forma de dar apoio e minimizar o pânico da população com o crescente número de casos e óbitos. Aliado a isso, tivemos o grande desafio de esclarecer informações falsas prestadas nas redes sociais e outros meios de comunicação. De fato, o teleatendimento constitui um dispositivo importante para a promoção da saúde, além de contribuir com o desenvolvendo a responsabilidade da população para uma melhor da qualidade de vida¹².

Com a evolução do número de mortes, foi potencializada a ansiedade nas famílias com pessoas adoecidas. O medo de morte foi uma demanda intensa percebida no serviço. Percebemos uma tensão devido às perdas ou possibilidade de perda, cabendo a nós acolher essa demanda e informar que o isolamento social e as medidas de proteção individual eram os nossos únicos recursos para diminuir o risco de contágio.

Servimos como dispositivo de suporte para a organização do fluxo assistencial, buscando contribuir, principalmente, com o acesso à atenção primária e não substituindo esse serviço.

Além da enxurrada de informações disponíveis na rede, muitas delas falsas, e o uso indiscriminado de medicações que não mostravam efetividade contra a COVID-19, percebemos uma busca incansável por exames complementares que eram desnecessários em muitos dos casos. Pessoas acreditavam ser necessário realizar tomografia de tórax, ainda que não apresentassem qualquer complicação. Enfrentamos esses questionamentos até mesmo no consultório presencialmente. Os pacientes tinham a falsa impressão de que todos apresentavam complicações pulmonares e necessitavam de avaliação através de tomografia. O interesse pelo conhecimento e informação é sempre bem-vindo,

desde que amparado por informação médica de qualidade, sendo esta nossa maior contribuição para nossa comunidade³³.

Aos poucos, fomos acolhidos pela população que entendeu a proposta do serviço, ainda que nosso atendimento não conseguisse suprir toda a demanda. O serviço de teleatendimento em muito contribuiu como gerador de informações e apoio para a tomada de condutas médicas.

Tivemos pessoas que buscavam o serviço repetidas vezes e de forma exaustiva, mas esse também era um sinal de que a população buscava responder às suas angústias, medos e preocupações. A partir do teleatendimento foi possível caracterizar as reações, sentimentos e emoções da população e atentar para a elaboração de medidas que respondessem a esse cenário e contexto de temos apresentado por todos nós. Mais uma vez, repetimos a importância do teleatendimento como serviço de apoio para acolher a população diante das suas necessidades e demandas.

Vale mencionar que o alcance do serviço se deu nos mais diversos grupos etários da população. Percebemos uma busca intensa inclusive de muitos pacientes idosos que demonstravam autonomia para manipular os aplicativos de mensagem e realizar uma consulta via teleatendimento.

Nesse serviço, não era possível realizar aferição de pressão arterial, glicemia ou auscultar, por exemplo, mas foi oportuno para ouvir queixas, avaliar o tom de voz e a fluidez da fala. Constituiu recurso sensível para acolher a demanda, perceber sinais de adoecimento, interagir com a pessoa e elaborar a conduta mais apropriada naquele momento. Isso exigiu da equipe de profissionais de saúde um esforço incansável e constituiu um exercício importante de atenção e respeito às singularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da inserção no serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal, compreendemos o movimento da população diante da pandemia de COVID-19. Além da percepção sobre o entendimento das medidas de enfrentamento, farmacológicas e não-farmacológicas, disseminadas ao longo da pandemia, foi possível observar as reações, sentimentos e emoções da população, bem como identificar as principais necessidades e demandas para o cuidado.

O serviço de teleatendimento neste município contribuiu com a organização e funcionamento os serviços de saúde em rede, assumindo uma função educativa e de apoio diagnóstico, além de constituir dispositivo complementar de articulação e integração, principalmente, junto à atenção primária em saúde.

Inúmeras barreiras foram percebidas ao longo do processo de trabalho. Acreditamos que a implantação desse serviço exige o treinamento das equipes de saúde, a pactuação de processos de trabalho, a elaboração de fluxos e normas e a disseminação da informação junto à comunidade.

REFERÊNCIAS

Wu, F., Zhao, S., Yu, B. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020; 579:265–269.

Johns Hopkins University & Medicine. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). [cited 17 oct. 2020]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

World Health Organization – WHO, 2020. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

Iser BPM, Silva I, Raymundo VT, Poletto MB, Schuelter-Trevisol F, Bobinski F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 17]; 29(3): e2020233. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300401&lng=en.

Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, Bhatia S, Boonyasiri A, Cucunuba Perez ZU, Cuomo-Dannenburg G, Dighe A. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team United Kingdom: Imperial College COVID-19 Response Team, 2020.

Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*. 2020 Apr;26(4):147-148.

Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 May;8(5):1489-1491.

Carvalho CRR, Scudeller PG, Rabello G, Gutierrez MA, Jatene FB. Use of telemedicine to combat the COVID-19 pandemic in Brazil. *Clinics* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 27]; 75: e2217. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322020000100121&lng=en.

Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 15 abr 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13989.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 23 mar 2020: Edição: 56B: Seção 1 - Extra:

Schmitz CAA, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira ACS, D'Ávila OP, Bastos CGM, et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-7. [citado 27 de março de 2021];12(39):1-7. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1540>

Machado FSN, Carvalho MAP, Mataresi A, Mendonça ET, Cardoso LM, Yogi MS et al. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Jan [cited 2020 Oct 17]; 15(1): 247-254. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100030&lng=en.

Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz. J. Psychiatry* [Internet]. 2020 June [cited 2021 Mar 27]; 42(3): 232-235. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232&lng=en.

Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*. 2020 Apr;26(4):147-148.

Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 May;8(5):1489-1491.

Carvalho CRR, Scudeller PG, Rabello G, Gutierrez MA, Jatene FB. Use of telemedicine to combat the COVID-19 pandemic in Brazil. *Clinics* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 27]; 75: e2217. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322020000100121&lng=en.

Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 15 abr 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13989.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 23 mar 2020: Edição: 56B: Seção 1 - Extra: 1.

Schmitz CAA, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira ACS, D'Ávila OP, Bastos CGM, et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-7. [citado 27 de março de 2021];12(39):1-7. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1540>

Machado FSN, Carvalho MAP, Mataresi A, Mendonça ET, Cardoso LM, Yogi MS et al. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Jan [cited 2020 Oct 17]; 15(1): 247-254. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100030&lng=en.

Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz. J. Psychiatry* [Internet]. 2020 June [cited 2021 Mar 27]; 42(3): 232-235. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232&lng=en.

Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(4):317-320.

Minayo MCS. et al. *Pesquisa social*. 30. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2011. 108 p.

Oliveira FGVC; Carvalho MAP; Garcia MRG; Oliveira SS. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface comun. saúde educ*;17(44):201- 210, jan.-mar. 2013.

Denzin, N. K. E; Lincoln, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

Gadamer HG. *Verdade e método* Vol. 1. 15 ed, Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2015. 631.

Ricoeur P. *Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 1976. 109p.

Terra MG, Gonçalves LHT, Santos EKA, Erdmann AL. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 Apr 25]; 22(1): 93-99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100016&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100016>.

Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMC, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 25]; 36(12): e00178320. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001203001&lng=en.

Paula ACR, Carletto AGD, Lopes D, Ferreira JC, Tonini NS, Trecossi SPC. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2021

[cited 2021 Mar 25]; 42(spe): e20200160. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200404&lng=en.

Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 27]; 36(5): e00088920. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000503001&lng=en.

Araujo RF; Oliveira TM. Desinformação e mensagens sobre a hidroxicloroquina no Twitter: da pressão política à disputa científica. *AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 196 - 205, dec. 2020. ISSN 2237-826X. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/atoz/article/view/75929>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCS, Fagundes MCM. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Mar 26]; 25(Suppl 2): 4201-4210. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320200006804201&lng=en.

Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC. Os possíveis sentidos do cuidado: o cuidar-de-si e o cuidar-dos-outros. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2017; 35(2), 199-209.

Amaral CEM; Bosi MLM. O desafio da construção de modelos avaliativos de redes de atenção: um relato de experiência. In: TANAKA, Y.; RIBEIRO, E. L.;

ALMEIDA, C. A. L. (Org.). Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 53-62.

Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST; Moysés SJ (2013). Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Revista de Administração Pública*, 47(4), 1021-1040.

Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Sep [cited 2021 Mar 27]; 39(106): 637-647. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300637&lng=en.

Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis* [Internet]. 2017 Dec [cited 2021 Mar 27]; 27(4):

1003-1022. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401003&lng=en.

Torres CC, Abrahão JI. A atividade de teleatendimento: uma análise das fontes de prazer e sofrimento no trabalho. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2006 Dec [cited 2021 Mar 27]; 31 (114): 113-124. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572006000200010&lng=en.

Santos-Pinto, CDB, Miranda ES, Osorio-de-Castro CGS. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 27]; 37(2): e00348020. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000200601&lng=en.

Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2021 Mar 27]; 42(118): 594-605. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300594&lng=en

Data de submissão:

Data de aprovação:

Data de publicação: