

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

EXPECTATIVA
PROFISSIONAL E
CONHECIMENTO DOS
TRABALHADORES DA
VIGILÂNCIA DA ÁGUA
SOBRE A
FLUORETAÇÃO

PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA:
REFLEXÕES SOBRE A
FORMAÇÃO E
INSERÇÃO NO
MERCADO DE
TRABALHO

A POLÍTICA
NACIONAL DE
PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES:
CONSIDERAÇÕES
QUANTO À
FORMAÇÃO
PROFISSIONAL



TEMPUS

Actas de Saúde Coletiva

Volume 15 Número 4

© 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 Citações e Referências

Mônica Peres

Estagiárias biblioteconomia

Nathalia Lima de Souza

Luiza Soares Da Silva
Maria Eduarda Nunes Barros
Mcmillan Gutierrez Costa Soares
Mila Rocha Moreira
Nicolly Ribeiro Dos Santos
Gabriela Leite Melo
Allani Sousa Reis
Michelly Lopes de Medeiros
Thais Silva Araujo
Brenda Graziella Evangelista Vieira

Revisão

Projeto gráfico e diagramação

Allani Sousa Reis
Michelly Lopes de Medeiros
Brenda Graziella Evangelista Vieira
Thais Silva Araujo
Julia Maria Domingos Lustosa

Editores Científicos

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Fátima de Sousa

Editores Consultivos

Mônica Peres
Daniela Savi Geremia
José da Paz Oliveira Alvarenga
Luana Dias da Costa

Pareceristas *ad hoc*

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Aparecida Bezerra

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 - Mônica R. Peres - CRB 1339

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. 15, n. 4. – Brasília : Editora ECoS, 2022.

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.

CDU 614(051)(817.4)



Conselho Editorial Editora ECOS

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 (UnB)

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília (UnB)

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ)

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)

Aurora Cuevas Cerveró - Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)

Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)

José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)

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

Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

Sumário

A arteterapia e suas contribuições para a qualidade de vida das pessoas	9
Glaucia Rufato	
A graduação em saúde coletiva no I congresso nacional de bacharéis em saúde coletiva: relato de experiência	29
Paula Beatriz de Souza Mendonça, Janete Lima de Castro	
A política nacional de práticas integrativas e complementares: considerações quanto à formação profissional	44
Joyce Viana Marques, Marco Antonio Carvalho Santos	
Atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária: resultados de avaliação do PMAQ-AB no Rio Grande do Norte	71
Amanda Gabriela Araújo da Silva, Ana Carine Arruda Rolim Cassia Virgínia de Souza, Erika Mayra de Almeida Barreto Ricardo Andrade Bezerra	
Atenção básica e tratamento precoce contra a Covid-19 no Brasil: desorganização do SUS, charlatanismo e negacionismo	95
Clóvis Ricardo Montenegro de Lima Danielle Ribeiro de Moraes	
Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à COVID-19: reflexão sobre as medidas adotadas em diferentes países	113
Alberto Sumiya Carlos Podarilio Borges de Almeida	
Bacharelado em Saúde Coletiva no Sudeste do Pará: um relato de experiência sobre o acompanhamento dos primeiros egressos	127
Aline Coutinho Cavalcanti, Aline Aparecida de Oliveira Campos, Ana Cristina Viana Campos, Carlos Podarilio Borges de Almeida Emanuelle Helena Santos Cossolosso, Isabella Piassi Dias Godói Letícia Dias Lima Jedlicka, Priscila da Silva Castro	
Estágio na Graduação em Saúde Coletiva: contribuições sociopolíticas, potencialidades e desafios para a formação profissional	141
Karine Wlasenko Nicolau Ronaira Fraga Souza	

Expectativa profissional e conhecimentos dos trabalhadores da vigilância da água sobre a fluoretação	
Bruna Zane Kennup, Lorryne Belotti	
Carolina Dutra Degli Esposti, Paulo Frazão	159
Karina Tonini dos Santos Pacheco	
Experiências de interprofissionalidade na formação em saúde: uma revisão de escopo	
Claudia March Frota de Souza, Doralice Batista das Neves Ramos	181
Kátia Ayres Monteiro, Lorrany Costa Freitas	
Grupo de educação alimentar e nutricional como ferramenta de cuidado para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde	
Vitor Frazão Neri	217
Núcleos de Práticas Corporais: pensando as teorias e práticas	
Alan Camargo Silva	237
O Financiamento do SUS na região Nordeste do Brasil nos anos de 2007, 2012 e 2017	
Ana Lúcia Andrade da Silva, Antonio da Cruz Gouveia Mendes	
Gabriella Morais Duarte Miranda, Kaline Polyana Serafim da Silva	239
Percepção dos sanitaristas residentes quanto à formação na graduação em Saúde Coletiva para atuação em equipes multiprofissionais na Atenção Básica	
Fabiana de Oliveira Silva Sousa, Dara Andrade Felipe	
Jorgiana de Oliveira Mangueira, Franciele Bezerra Sousa da Silva	255
Leandra França da Silva	
Pós-graduação em saúde coletiva: reflexões sobre a formação e inserção no mercado de trabalho	
Aline Guio Cavaca, Ana Silvia Pavani Lemos	276
Kayrle Patricio das Graças Almeida, Paola Alves dos Santos Morais	
Saúde ocupacional na atenção primária à saúde: percepções, conhecimentos e atitudes	
Rodrigo Batista Siqueira, Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta	296
Valter Gomes	
Sem mãos que SUStentem: o financiamento e gastos públicos com saúde no Brasil	
Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Camilla Maria Ferreira de Aquino	316
Kátia Rejane de Medeiros, Simara Lopes Cruz Damázio	

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 este 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 a 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 José 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 (às) aos 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.

A arteterapia e suas contribuições para a qualidade de vida das pessoas

*Artetherapy and its contributions to the quality
of life of people*

*La arteterapia y sus contribuciones a la calidad
de vida de las personas*

Glaucia Rufato¹

RESUMO

A Arteterapia é uma área de atuação profissional baseada principalmente nos fundamentos da arte e da psicologia, que utiliza vários tipos de expressões artísticas com uma finalidade terapêutica, que visa melhorar a saúde das pessoas e a qualidade de vida. O presente trabalho tem o objetivo de conhecer a Arteterapia e seus principais recursos artísticos, refletindo sobre os benefícios da utilização dessa prática para a saúde mental das pessoas. Essa pesquisa é de caráter bibliográfico, apoiada na revisão de literatura sobre a temática, contextualizando historicamente o surgimento da Arteterapia e seus principais fundamentos. A questão que problematiza esse estudo é: Como a utilização das manifestações artísticas utilizadas na Arteterapia contribuem para a vida das pessoas? A reflexão desenvolvida nesse trabalho nos possibilitou conhecer a Arteterapia, como ela funciona e quais seus benefícios, permitindo aos indivíduos expressarem sua subjetividade de diferentes formas. Concluímos que essa prática terapêutica é uma ferramenta importante na melhoria da saúde das pessoas, sejam elas crianças, adultos oidosos.

Palavras Chaves: Arteterapia. Saúde. Expressões Artísticas. Pessoas.

ABSTRACT

Art therapy is an area of professional practice based mainly on the foundations of art and psychology, which uses various types of artistic expressions with a therapeutic purpose, which aims to improve people's health and quality of life.

¹ Email: glauciaefelipe@hotmail.com

This work aims to get to know Art Therapy and its main artistic resources, reflecting on the benefits of using this practice for people's mental health. This research is bibliographic in nature, supported by the literature review on the subject, historically contextualizing the emergence of Art Therapy and its main foundations. The question that questionizes this study is: How does the use of the artistic manifestations used in Art Therapy contribute to people's lives? The reflection developed in this work allowed us to know Art Therapy, how it works and what are its benefits, allowing individuals to express their subjectivity in different ways. We conclude that this therapeutic practice is an important tool in improving people's health, whether they are children, adults or the elderly.

Key Words: Art therapy. Health. Artistic Expressions. People.

RESUMEN

La arteterapia es un área de práctica profesional basada principalmente en los fundamentos del arte y la psicología, que utiliza diversos tipos de expresiones artísticas con una finalidad terapéutica, que tiene como objetivo mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Este trabajo tiene como objetivo conocer la Arteterapia y sus principales recursos artísticos, reflexionando sobre los beneficios de utilizar esta práctica para la salud mental de las personas. Esta investigación es de carácter bibliográfico, sustentada en la revisión de la literatura sobre el tema, contextualizando históricamente el surgimiento de la Arteterapia y sus principales fundamentos. La pregunta que cuestiona este estudio es: ¿Cómo contribuye a la vida de las personas el uso de las manifestaciones artísticas utilizadas en la Arteterapia? La reflexión desarrollada en este trabajo nos permitió conocer la Arteterapia, cómo funciona y cuáles son sus beneficios, permitiendo a los individuos expresar su subjetividad de diferentes maneras. Concluimos que esta práctica terapéutica es una herramienta importante para mejorar la salud de las personas, ya sean niños, adultos o ancianos.

Palabras Claves: Arteterapia. Salud, Expresiones Artísticas. Gente.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Valladares (2008) a arteterapia é um método terapêutico que visa resgatar o homem por meio de processos de autoconhecimento e transformação utilizando diversos tipos de intervenção. O autor esclarece que as atividades artísticas podem alcançar emoções profundas e mudar a maneira que as pessoas se sentem em relação a si mesmas e o mundo a sua volta.

Nesse sentido, a arteterapia pode ser considerada uma prática terapêutica que busca através da arte fazer com que os indivíduos vivenciem diferentes experiências que contribuem para o resgate e o fortalecimento de potenciais criativos, possibilitando a reconstrução e integração da personalidade. Para Valladares (2008) esse método pode ajudar o ser humano a descobrir e entender suas emoções e pensamentos, auxiliando no aumento da autoestima e melhorando a maneira das pessoas encararem a vida e suas diferentes perspectivas. Quem nunca ouviu falar, por exemplo, que a pintura é uma forma de terapia, uma forma de extravasar os sentimentos? Ou que a dança deixa a sua vida mais alegre e divertida? Que fazer crochê ou tricô acalma? E que participar de teatros, viver a vida de personagens diferentes, faz você compreender melhor a si mesmo e suas relações com outras pessoas? Certamente, já ouvimos questões como essa, de como certas manifestações artísticas podem ser benéficas para as pessoas. Por isso, delimitamos nosso trabalho tendo como objeto de estudo a Arteterapia e seus principais recursos terapêuticos, partindo do seguinte problema: Como a utilização das manifestações artísticas utilizadas na Arteterapia contribuem para a vida das pessoas?

Dessa forma, a nossa hipótese é de que os recursos artísticos podem trazer muitas vantagens quando usados com fins terapêuticos. Assim, o objetivo geral dessa pesquisa é conhecer a Arteterapia e seus principais recursos artísticos, refletindo sobre os benefícios da utilização dessa prática para a saúde mental das pessoas. Especificamente, objetivamos conhecer os diversos recursos artísticos utilizados nessa prática e suas funcionalidades.

Esse estudo se justifica a medida que consideramos importante buscar compreender mais profundamente e de forma sistemática, a Arteterapia, que muitas vezes é vista como um método que deve ser usado apenas com pessoas que possuem distúrbios mentais. No entanto, acreditamos que a Arteterapia é uma prática importante para a saúde mental de todas as pessoas, podendo ser uma forma de prevenir e amenizar problemas, lacunas, falta de autoestima,

traumas etc.

Inicialmente, por meio de pesquisa bibliográfica, faremos um breve percurso histórico sobre o surgimento da Arteterapia e suas principais definições. Em seguida, apresentamos experiências relatadas por diversos autores, terapeutas, psiquiatras e psicólogos, que fizeram uso da Arteterapia, e os resultados alcançados pelos mesmos.

Para finalizar, descrevemos os principais recursos artísticos utilizados pela Arteterapia e como eles podem contribuir para a saúde mental das pessoas.

2 UM BREVE HISTÓRICO DA ARTETERAPIA

De acordo com Carvalho (2004) a utilização da arte como recurso terapêutico pode ser encontrada nos estudos de Sigmund Freud (1856-1939) que reconhecia a arte como uma projeção do inconsciente por meio da leitura das criações artísticas. A autora relata que Freud analisou manifestações contidas na imagem de obras de alguns artistas, acreditando que o inconsciente se manifesta através de imagens simbólicas, considerando a criação artística como uma função psíquica. A ideia principal do autor era de que o inconsciente se expressa por imagens, que podem, por exemplo, se originar de sonhos.

Andrade (2000) afirma que Carl Gustav Jung (1875-1961) foi inicialmente um discípulo de Freud, que após um rompimento com o mestre, acabou desenvolvendo uma teoria própria, a teoria da psicologia analítica, e começou a usar a linguagem artística associada à psicoterapia. Jung utilizava o desenho para facilitar a comunicação com o paciente e na sua concepção, o homem poderia utilizar-se da arte para organizar o seu caos interior:

“o homem deve ser visto por inteiro, ou seja, como um todo; pertencente a uma comunidade, num determinado momento, não poderia, portanto, ser visto dissociado do seu contexto social, cultural e universal. E na Arteterapia esta possibilidade, de nos encontramos com o “todo”, é facilitado pelas expressões artísticas, que trazem os

conteúdos do consciente e do inconsciente” (JUNG, 2011, p.23).

Para Jung (2011) os desenhos, a pintura e outras manifestações artísticas permitem que as pessoas tragam para a consciência conteúdos que estavam até então escondidos. Fagali (2010) destaca que a Arteterapia junguiana fornece suportes adequados para que a energia psíquica realize a comunicação entre o inconsciente e o consciente, colaborando para que as pessoas compreendam estados afetivos conflitivos através do processo criativo.

Com o tempo, a arte foi ganhando espaço como um instrumento terapêutico muito importante. Carvalho (2004) considera que Margareth Naumburg (1890-1983) foi a pessoa que fundou a Arteterapia nos Estados Unidos em 1941, sendo a primeira a sistematizar teoricamente seus pressupostos. Na sua perspectiva, a arteterapia poderia auxiliar na projeção de conflitos inconscientes, utilizando principalmente os desenhos e suas representações. Anos depois, em 1953, Hanna Kiaakowsa desenvolveu a Arteterapia com alguns grupos de famílias, e ao longo dos anos, muitos outros estudos foram sendo desenvolvidos, enfatizando a importância das expressões artísticas para a saúde mental das pessoas. (CARVALHO, 2004).

Carati (2018) explica que no Brasil, as pesquisas sobre Arteterapia se iniciaram em São Paulo com o médico Osório César (1895-1979) em 1923, que criou a Escola Livre de Artes Plásticas para tratar de doentes mentais internados sem asilos. Outro nome de destaque foi Nise de Oliveira (1905-1999), que criou, em 1946 a seção de Terapia Ocupacional do Centro Psiquiátrico D. Pedro II, no Rio de Janeiro, realizando o tratamento dos pacientes com atividades expressivas, utilizando a pintura, a modelagem, o teatro, a dança e a música como recursos no processo de cura dos pacientes. A Arteterapia para esses psiquiatras constitui-se como um caminho alternativo, que se contrapõe a métodos agressivos e de tortura, um caminho mais humano. (CARATI, 2018).

“Nenhum terapeuta tem em mira que seu paciente produza

obras de arte, e este último não pinta pensando ser um artista. O que ele busca é uma linguagem com a qual possa exprimir suas emoções mais profundas. O terapeuta busca nas configurações plásticas do seu paciente, seus sofrimentos e seus desejos sob forma não preposicional, pontual.” (SILVEIRA, 1992, p. 93)

Andrade (2000) destaca as importantes contribuições desses dois psiquiatras. A autora apresenta a relevância de Osório César para a Arteterapia, mencionando as mais de cinquenta exposições realizadas pelo psiquiatra, divulgando os trabalhos artísticos dos doentes mentais, revelando que a utilização da arte promove a cura, pois ela pode ser um veículo de conhecimento interior. Destaca também o trabalho de Nise de Oliveira e a criação do Museu do Inconsciente, com um acervo de mais de 300.000 produções artísticas e da valorização da atividade criadora como meio terapêutico, que possibilita às pessoas darem forma aos seus conflitos e as suas emoções.

O desenvolvimento da Arteterapia e sua sistematização como um campo da Psicologia, ocorreu a partir da década de 1980, quando foi criado no Rio de Janeiro o primeiro curso de Arteterapia, e posteriormente foram criados vários cursos de especialização nessa área no Brasil, constituindo-se aos poucos como um novo campo de conhecimento. (ANDRADE, 2000)

Para Arcuri (2006) a Arteterapia é uma área que faz interlocução com vários conhecimentos: arte, educação, saúde, ciência, filosofia, psiquiatria, neurologia, sociologia etc. A autora caracteriza a Arteterapia por esse aspecto interdisciplinar, como uma ciência transdisciplinar, dialógica. Além da definição de Irene Pereira Gaeta Arcuri, encontramos várias definições de Arteterapia. Entre elas, no livro “Arte Cura?”, de Maria Margarida Carvalho (2008), a autora acredita que a arte já possui por si só um valor terapêutico, que se potencializa por vias técnicas expressivas, artísticas, como a pintura, o desenho, a escultura, o mosaico, a mandala, o conto de fadas, entre outros:

“A arteterapia é uma profissão assistencial ao ser humano. Ela oferece oportunidades de exploração de problemas e de potencialidades pessoais por meio de expressão verbal e

não-verbal e do desenvolvimento de recursos físicos, cognitivos e emocionais, bem como a aprendizagem de habilidades, por meio de experiências terapêuticas com linguagens artísticas variadas.” (CARVALHO, 2008, p.23).

Carvalho (2008) aponta que a citação acima foi a definição de Arteterapia desenvolvida pela Associação de Arteterapia em 1969. Mais recentemente encontramos outra definição da Associação bem mais completa e elaborada:

“A arteterapia se configura como um modo de trabalhar utilizando a linguagem artística como base de comunicação. Sua essência é a criação estética e a elaboração artística em prol da saúde. Para isso utiliza as diferentes formas de linguagem plástica, sonora, dramática, corporal e literária, envolvendo técnicas de desenho, pintura, modelagem, construções, sonorizações, musicalização, dança e poesia.” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ARTETERAPIA, 2015).

Cruz (2017) expõe que a Arteterapia é uma prática terapêutica que tem como objetivo conduzir o cliente, individualmente, ou em grupo ao conhecimento de si mesmo, estimulando o crescimento interior, ampliando a consciência sobre si e sua existência. Postula que a utilização de recursos como a pintura, a modelagem, a poesia, a mímica e o teatro são muito importantes para a pessoa verbalizar seus sentimentos e emoções, favorecendo o processo terapêutico de forma que os indivíduos entrem em contato com conteúdos internos e muitas vezes inconscientes.

Vigotski (1999) não trata especificamente de Arteterapia, porém sua concepção de arte se aproxima do objetivo da Arteterapia como uma ação humana que recria a realidade material e transforma o próprio sujeito, através de diferentes técnicas artísticas, os indivíduos podem objetivar seus sentimentos:

“A arte é o social em nós, e se o seu efeito se processa em um indivíduo isolado, isto não significa, de maneira nenhuma, que suas raízes e essência sejam individuais. O social existe até onde há apenas um homem e as suas emoções... A refundição das emoções fora de nós realiza-

se por força de um sentimento social que foi objetivado, levado para fora de nós, materializado e fixado nos objetos externos da arte, que se tornaram instrumento da sociedade.” (VIGOTSKI, 1999, p.315).

Arcuri (2006), em seu livro “Arteterapia: um novo caminho do conhecimento”, afirma que a arte e suas diferentes manifestações tornam possível a criação de novos significados para a situação existencial. Olivier (2011) define arteterapia como uma ciência fundamentada na medicina, na psicologia e na arte em geral, praticando meios para aliviar ou curar indivíduos por meio da expressão da arte, trazendo à tona, ideias, traumas, fobias etc. numa catarse psicanalítica.

A partir das definições relatadas e as características atribuídas a Arteterapia, percebemos que essa prática tem uma abordagem que permite a interação de diversas ciências e diferentes expressões artísticas, todas com o objetivo de proporcionar experiências de aprendizagem em arte que proporcionam benefícios para a saúde das pessoas.

3 COMO OCORRE O PROCESSO TERAPÊUTICO NA ARTETERAPIA: ALGUNS EXEMPLOS PRÁTICAS

A Arteterapia é uma prática que pode promover melhoria na vida dos indivíduos, podendo ser usada em pessoas que sofrem de transtornos mentais ou não. Valladares e Silva (2011) relatam estudos e exemplos de práticas de arteterapia com crianças internadas num hospital especializado em doenças infectocontagiosas e parasitárias. As autoras exemplificam que nas sessões de Arteterapia desse hospital, o objetivo era fazer que as crianças exteriorizassem seus sentimentos, suas angústias, diminuindo suas dores e desconfortos físicos através da utilização de desenhos livres, pinturas e colagem, possibilitando às crianças expressarem, através dessas atividades, suas emoções, suas oscilações de humor, seus afetos e suas preferências.

Gonçalves (2012) apresenta outra experiência do processo de

Arteterapia, apontando a importância da mesma para a saúde dos idosos. O autor pontua que idosos que participam de projetos de Arteterapia, como dança, pintura, entre outros, apresentam melhores índices de satisfação, autoestima e melhor socialização. Aulas de danças, por exemplo, são consideradas por Gonçalves (2012) muito importantes para idosos que vivem sozinhos, faz com que eles voltem a se exercitar sem perceber, além de ser uma atividade que gera prazer e promove a interação.

Aguiar e Macri (2010) mostram a experiência de Arteterapia em pacientes com depressão, desenvolvendo trabalhos em grupo em hospitais por meio da dramatização, tecelagem e contação de história. As autoras relatam que o uso da Arteterapia reduziu os sintomas depressivos, contribuindo para o aumento da autoestima e confiança dos pacientes.

Estudos de Coutinho (2013) trazem a importância da Arteterapia com crianças por meio de jogos, brincadeiras, pinturas e desenhos, podendo ser uma fonte de comunicação com crianças que muitas vezes não interagem verbalmente com adultos. Através das manifestações artísticas, a criança expõe espontaneamente seus sentimentos e seus medos.

Valladares (2008) apresenta uma experiência com um grupo de adolescentes que frequentavam regularmente uma ONG no contraturno das aulas, que apresentavam comportamentos de rebeldia e insatisfação constantes. A prática da Arteterapia duas vezes por semana, com práticas de modelagem com argila, construção com sucata, entre outras, revelou maior envolvimento do grupo, maior respeito entre os integrantes e socialização de sentimentos, demonstrações de medos, angústias relacionadas aos familiares, violência familiar etc.

Essas são algumas experiências da prática da Arteterapia que mostram como as atividades artísticas podem melhorar a qualidade de vida das pessoas, auxiliando no processo criativo e na busca do equilíbrio mental.

4 OS RECURSOS ARTÍSTICOS UTILIZADOS NA

ARTETERAPIA

A Arteterapia se utiliza de diversos recursos artísticos que podem auxiliar na percepção de emoções e sentimentos, no processo de socialização, no aperfeiçoamento da criatividade e no conhecimento de si mesmo. Apresentaremos alguns desses recursos e seus possíveis benefícios.

5 O DESENHO

Figura 1 – O desenho na Arteterapia²



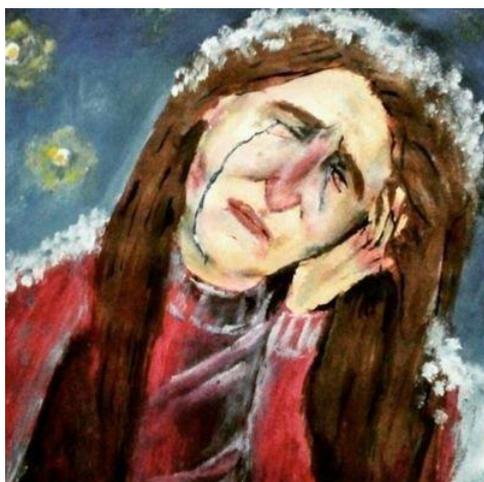
Fonte: Elo

Para Valladares (2008) o desenho é uma atividade na qual as pessoas projetam conteúdos inconscientes, materializando na imagem criada, suas emoções, seus desejos, expressando os significados aos objetos, as pessoas, a realidade conforme sua própria interpretação, compreendendo a si mesmo e tudo que está a sua volta.

Souza, Camargo e Bulgacov (2003) afirmam que o desenho trabalha a concentração, a coordenação espacial e visual, é uma atividade expressiva que promove a expressão de sentimentos profundos e ocultos do pensamento.

Para as crianças, o desenho tem um papel bastante significativo, pois ao desenharem, as crianças não expressam a realidade tal como ela é, de forma

² Disponível em: <https://www.elo7.com.br/camisetas-desenho-de-crianca/dp/81E9DA>.



fidedigna, elas expressam a realidade da forma que veem, sentem e interpretam o mundo.

O desenho é uma das modalidades artísticas mais usadas na Arteterapia, principalmente com crianças, pela familiaridade dessa faixa etária com essa técnica e pelos ótimos resultados alcançados por meio da interpretação dos

desenhos e seus conteúdos inconscientes.

6 PINTURA

Figura 2 – A pintura na Arteterapia

Fonte: Blogpost- Deniseludwingh³

A pintura é uma técnica usada na Arterapia que tem como principal objetivo facilitar a expressão das emoções. Valladares (2008) acredita que a pintura induz movimentos de expansão dos conteúdos internos da psique

³Disponível em:

<https://deniseludwig.blogspot.com/2014/08/pinturas-e-sentimentos-pessoas.html>.

humana, ajudando os indivíduos na busca do equilíbrio. Pessoas tímidas e retraídas, com dificuldade de se comunicar com a família, amigos e até com os terapeutas e médicos, ao começar terapia com pintura, de forma espontânea, sem preocupação ou exigências, são capazes de expressar seus sentimentos e emoções através da pintura, liberando a criatividade. Para Valladares (2008) essa técnica contribui para evolução da consciência, reorganização da personalidade e auxilia na superação de bloqueios, medos e inseguranças.

7 MOVIMENTO E DANÇA

Figura 3 – O movimento e a dança na Arteterapia



Fonte: Ilustração Rodrigo Cardoso⁴

Os movimentos realizados pelo nosso corpo podem conter mensagens significativas, expressando, por meio de gestos e movimentos, vários sentimentos e emoções que estamos sentindo. Andrade (2000) acredita que a terapia que utiliza a dança e o movimento proporciona ao indivíduo contato profundo com seu próprio corpo e a conscientização pelo movimento.

A autora considera que o movimento, a dança e os contatos corporais são muito importantes para o desenvolvimento da personalidade do ser humano: “O bom desenvolvimento do indivíduo está condicionado a uma

⁴ Disponível em: <http://artecult.com/dancar-um-movimento-inutil/>

aquisição de padrões motores que facilitam a formação de todos os pensamentos e relacionamentos da vida emocional” (ANDRADE, 2000, p.34).

Mindel (1986), ao tratar especificamente sobre a dança, afirma que a mesma tem o papel de relativizar a vida consciente, liberando o corpo do controle da mente e colocando em sintonia com a psique. O movimento proporciona um fluxo de energia que passa pelo corpo e o transcende.

Para Andrade (2000) a dança revela aspectos primitivos do ser humano e esse aspecto pode ser utilizado como um recurso de libertação e busca do conhecimento e da expressividade individual. A dança é uma técnica expressiva de autonomia do indivíduo, um meio de investigar-se em movimento, descobrir o próprio corpo e seus aspectos sensíveis e simbólicos. (JUNG, 2001)

8 DRAMATIZAÇÃO E CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

Figura 4 – A dramatização e a Contação de História na Arteterapia



Fonte: Itamar Barbieri ⁵

A dramatização é um recurso usado na Arteterapia no qual se pode brincar de ser outra pessoa, de experimentar vivenciar diferentes personagens, com diferentes personalidades e modos de viver. Valladares (2008) afirma que

⁵Disponível em : <https://pt.slideshare.net/itamarbarbieri/teatro-37285228>.

a dramatização permite que as pessoas experimentem novos papéis, como se fosse uma brincadeira de faz-de-conta, permitindo que as pessoas se expressem em diferentes situações, e possam compreender os diferentes comportamentos sociais e refletir sobre o próprio comportamento.

As brincadeiras de faz-de-conta e as dramatizações são muito utilizadas pela Arteterapia com crianças, pois permite compreender as concepções da criança sobre os diversos papéis presentes na sociedade, além de auxiliar no desenvolvimento da imaginação, pois a criança pode ser o que quiser, e agir conforme o personagem que escolheu, e dessa forma, passa a entender esse personagem.

Outra técnica utilizada na Arteterapia com crianças e adultos é a contagem de histórias, pois proporciona relaxamento e descontração, além de levar as pessoas para um mundo imaginário, no qual elas podem se identificar com personagens, viajar por lugares nunca vistos, numa mistura de real e do simbólico. Valladares (2008) afirma que o ato de contar e ouvir histórias é muito importante para o desenvolvimento humano, pois as histórias representam muitos dos nossos desejos e angústias.

9 CONSTRUÇÃO COM SUCATA

Figura 5 – Construção com sucata na Arteterapia



Fonte: Blogspot Atelier Educadores ⁶

A construção com sucata requer muitas ações; recortar, montar, organizar, estruturar, pintar, colar etc. Valladares (2008) expõe que a construção de objetos com sucata estimula a orientação espacial, a discriminação, a interação e o processo de organização. Para Philippini (2009) a técnica de construção:

“As técnicas de construção em arteterapia, a meu ver, são as mais complexas. Demanda simbolicamente a consciência e a integridade de uma estrutura interna organizada, coesa e bem introjetada. Esta estrutura interna abrangerá percepção de eixo, centramento, integração entre segmentos e, se este equilíbrio não tiver sendo percebido internamente, não poderá ser expresso fora. Na produção simbólica, o mesmo poderá ser aprendido ou recuperado nos erros e nos acertos de tentar edificar e de constatar que nem sempre as próprias concepções de equilíbrio resultam acertadas. A materialidade sempre apresentará de modo óbvio estas dificuldades, e atravessá-las e resolvê-las permitirá que, analogamente, processos emocionais se reorganizem.” (PHILIPPINI, 2009, p. 88).

Para transformar sucata em brinquedos, esculturas, objetos variados a pessoa precisa se organizar, separar materiais, criar. Todo esse processo auxilia a pessoa a lidar com a própria vida, a reutilização de matérias possibilita a pessoa a lidar com o que Valladares (2008) chama de lixo interno e assim transformar partes da vida que considera desagradáveis, é como se fosse uma técnica que desencadeia uma ressignificação na vida da pessoa, uma transformação em algo novo.

10 MUSICOTERAPIA

Figura 6 – A musicoterapia



ot.com/2015/04/arte-com-sucata.html.

Fonte: Clínica Cedae⁷

A musicoterapia consiste na utilização da música e seus principais elementos: melodia, harmonia e o ritmo. De acordo com Ruud (1990) esta prática pode ser desenvolvida apenas com uma pessoa ou com grupos de pessoas, promovendo o aprendizado, a comunicação, o relacionamento, a

expressão e diversos outros objetivos terapêuticos. Um dos principais objetivos da musicoterapia é atender necessidades físicas, sociais, cognitivas, emocionais e mentais, restaurando funções do indivíduo para que este alcance melhor qualidade de vida.

Fagali (2005) é uma psicopedagoga que desenvolve experiências arteterapêuticas, ressaltando a importância da música em trabalhos educacionais. Ela afirma que as vivências musicais possibilitam às pessoas experiências de liberação e criação.

“Transitar entre diferentes situações, viajar pelas variações sensório-rítmicas, pelas diferentes situações de uma história (conto)... Essas experiências focalizam mais intensamente a exploração de sons corporais e instrumentais, identificando o que esses sons falam se saíssem dos seus corpos. Esses sons e corpos transformam-se então em personagens e heróis que contam suas histórias e que necessitam estar juntos para se fortalecerem e para buscarem coisas que desejam. A proposta é identificar pelos sons o que as partes do corpo falam e em seguida personalizá-las, tendo em vista a sua força e fraqueza e reintegrá-las” (FAGALI, 2005, p. 80).

A autora entende que a música coloca-nos em contato com os sentimentos íntimos, fazendo-nos chorar, sorrir, refletir, amar, lembrar. Tem uma capacidade de alcançar o inconsciente através do emocional, provocando lembranças, pois a música expressa o “desenvolvimento psíquico e sociocultural, pois agrega em si valores e significados provenientes dos desejos

⁷ Disponível em:

<https://www.clinicacedae.com.br/publicacao/conheca-os-beneficios-da-musicoterapia-para-o-seu-filho>

e sentimentos que vão desde o desenvolvimento individual até o social.” (FAGALI, 2005, p. 80).

Além dos recursos artísticos mencionados, a Arteterapia se utiliza de muitos outros recursos, como a colagem, a fotografia, a tecelagem, a costura e o bordado, a modelagem, o mosaico, a escrita criativa, entre muitas outras, cada uma com características específicas, porém com um objetivo comum, melhorar a qualidade de vida das pessoas.

11 CONCLUSÃO

Os estudos que realizamos sobre a Arteterapia demonstraram que a mesma pode ser um instrumento valioso para promover experiências criativas e transformadoras nas pessoas, favorecendo a interação social, a expressão corporal, o acolhimento e a subjetividade. O estudo dos diferentes recursos artísticos utilizados na prática da Arteterapia nos possibilitaram atingir o objetivo dessa pesquisa, de conhecer a Arteterapia e seus principais benefícios para a saúde das pessoas, permitindo através de variadas manifestações artísticas, a expressão de sentimentos, que muitas vezes as pessoas não conseguem verbalizar por meio de palavras. Além disso, essa prática ajuda a explorar a criatividade e a imaginação, aumentando a capacidade de comunicação, diminuindo o estresse e a ansiedade, melhorando a concentração e a atenção.

A Arteterapia promove práticas que se tornam significativas na vida dos sujeitos, são ferramentas de intervenção e de prevenção da saúde mental que podem minimizar os efeitos negativos de várias doenças ou transtornos, e ajudar qualquer pessoa com conflitos internos, medos e inseguranças. As intervenções da Arteterapia podem integrar o sujeito com o mundo e com ele mesmo, criando uma ponte entre o consciente e o inconsciente.

Por fim, esse estudo foi muito importante para que pudéssemos conhecer mais profundamente sobre a temática e mostrar a importância de se

desenvolver novos estudos sobre a Arteterapia e seus benefícios.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar, Amanda Paiva; Macri, Regina. Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental, 2010.
2. Andrade, L. Q. Linhas teóricas em arte-terapia. In M. M. M. J. De Carvalho (Org.), A Arte Cura? Recursos artísticos em psicoterapia (pp. 39-54). Campinas, SP: Editorial Psy II, 1995.
3. Terapias Expressivas: Arte-terapia, Arte-Educação e Terapia Artística. 1. Ed. São Paulo: Vetor: Editora Psico-Pedagógica LTDA, 2000.
4. Terapias expressivas. São Paulo: Vetor, 2000.
5. Arcuri, I. Arterapia: um novo campo do conhecimento. São Paulo: Vetor, 2006.
6. Associação Brasileira de Arteterapia. O que é arteterapia? Disponível em : <http://www.Arteterapia.com.br/oqearte.htm>. Acesso em 4 de nov. 2020.CARATI.
7. Barros, Edna Aléssio de. A Arteterapia como dispositivo terapêutico no tratamento da esquizofrenia. Monografia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente: FAEMA, Rondônia, 2018.
8. Carvalho, M. M. M. J. O que é arte-terapia. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), A arte cura? Recursos artísticos em psicoterapia (pp. 23-26). Campinas, SP: Editorial Psy II, 1995.
9. A arte cura? Recurso artificios em psicoterapia. 2 ed.. Campinas- SP: Editora Livro Pleno, 2004, 213p.
10. Carvalho, M. M. M. J., & Andrade, L. Q. A. Breve histórico do uso da arte em psicoterapia. In M. M. M. J Carvalho (Org.), A arte cura? Recursos artísticos em psicoterapia (pp. 27-38). Campinas, SP: Editorial Psy II, 1995.

11. Coutinho, Vanessa. Arteterapia com criança. 4 ed. Rio de Janeiro: Wak, 2013.
12. Cruz, Nanci Hanss. O que é arteterapia e para que serve. 2017. Disponível em: [www. Fazer aqui.com.br](http://www.Fazer aqui.com.br). Acesso em 4 de nov. 2020.
13. Fagali, Eloisa Quadros (org.) e Equipe Interdisciplinar. Cadernos integração - InterAção. Enfoque clínico-terapêutico psicopedagógico; *vol. I*. São Paulo: Edição 2010.
14. Encontros entre arteterapia e psicopedagogia: a relação dialógica terapêutica e cliente, educador aprendiz; In: Percursos em Arteterapia: Arteterapia e Educação: Arteterapia e Saúde; vol. 64. CIORNAI, Selma (org.). São Paulo: Editora Summus, 2005.
15. Ferreira, CCM, Remedi, PP, Lima RAG. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível. Ver Bras Enferm 2006. Set- out 59 (5): 689-93.
16. Gonçalves, Tatiana. Questões acerca da Arteterapia. 1º ed. Casa do psicólogo, 2012.
17. Jung, C. G. Chegando ao inconsciente. In C. G. Jung & M. L. von Franz (Orgs.). O homem e seus símbolos (M. L. Pinho, trad., pp. 18-103). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
18. Memórias, sonhos, reflexões. 21a ed., A. Jaffé, Ed., D. F. Silva, trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001
19. Phillipini, A. Linguagem e Materiais Expressivos na Arteterapia. Uso, indicações e propriedades. Rio de Janeiro: Wak, 2009.
20. Ruud, Even. Caminhos da Musicoterapia. 1º ed. São Paulo: Summus Editorial Ltda, 1990.
21. Silveira, N.Souza Sv. Camargo D; Bulgalvo Yl. O mundo das imagens. São Paulo: Ática. . Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. Psicologia em Estudo, Maringá , v. 8, n 1, p 101-109, jan-jun 2003
22. Valladares, Ana Cláudia Afonso. A Arteterapia Humanizando os Espaços de Saúde. 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

23. Valladares Aca; Carvalho Amp. Arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica: O desenvolvimento da construção com sucata hospitalar. Acta Paul Enferm 2005 , 18 (1) 64-71.
24. Arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. Rev Esc Enferm. USP 2006; 40 (3): 350-5.
25. Produção de modelagem em sessões de Arteterapia no contexto hospitalar pediátrico. Rev. Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Coopmed, v.09, n.2,p.126-132, abr./jun., 2005. ISSN: 1415-2762.
26. Valladares, A. C. A.; Oliveira, C. A.; Munari, D. B.; Carvalho, A. M.P. Arteterapia com adolescentes, Rev. Departamento de Arte terapia do Instituto Sedes Sapientiae , São Paulo, v.5, n.5, p.19-25, 2002. ISSN: 1414-6223
27. Valladares, A.C.A; Silva, M. T. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. Ver. Gáucha Enfer. Set. 2011, vol. 32, nº 3, p.443-450.
28. Vigotski, L. S. Psicologia da arte (P. Bezerra, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

A graduação em saúde coletiva no I congresso nacional de bacharéis em saúde coletiva: relato de experiência

Undergrad in collective health at the I national congress of bachelors in collective health: experience report

Graduación en salud colectiva en el I congreso nacional de grados en salud colectiva: informe de experiencia

Paula Beatriz de Souza Mendonça⁸

Janete Lima de Castro⁹

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre a graduação em Saúde Coletiva no I Congresso Nacional de Bacharéis em Saúde Coletiva (I CONABASC), realizado entre 22 e 23 de maio de 2021, de forma virtual. O evento contou com ampla participação de professores, alunos e egressos. Os debates foram realizados a partir de exposições dialogadas e apresentações de trabalhos que contribuíram para o conhecimento sobre a graduação em Saúde Coletiva e atuação profissional dos egressos. Entre os temas discutidos pelos egressos destaca-se o conflito entre a predominância da ocorrência dos cursos em turno noturno e o funcionamento de serviços de saúde de campos de estágios em turno diurno. Tal conflito entre os turnos prejudicou a oferta de estágios no processo de formação destes egressos. Ademais, pôde ser destacada a falta de parcerias entre as universidades e as instituições privadas para realizarem atividades práticas, tendo em vista sua configuração como campo profissional para os egressos. Os avanços e conquistas para formação: aprovação pelo Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC) as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde Coletiva em 2017, a inclusão da ocupação de sanitarista na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2017, criação da

⁸Email: paulabsmendonca@gmail.com

⁹ Email: janetecastro.ufrn@gmail.com

Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC) em 2019 e a tramitação do Projeto de Lei n. 1821/2021 para o reconhecimento profissional de sanitarista. Este estudo contribui com o debate na comunidade acadêmica sobre formação e os egressos da graduação em Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Formação profissional em saúde, Graduação, Saúde Coletiva, Experiência de Vida.

ABSTRACT

This is a report on the experience about the undergrad in Public Health at the 1st National Congress of Licensees in Public Health (I CONABASC) held between May 22 and 23, 2021 in virtual form. The event had wide participation of professors, students, and graduates. The debates were held from dialogued exhibitions and presentations of works that contributed to the knowledge about undergrad in Public Health and the professional performance of graduates. Among the themes discussed by the graduates, the conflict between the predominance of the occurrence of courses in the night shift and the functioning of health services in internship fields during the day shift is highlighted. Such conflict between the shifts hindered the offer of internships in the training process of these graduates. Furthermore, the lack of partnerships between universities and private institutions to carry out practical activities could be highlighted, given its configuration as a professional field for graduates. Advances and achievements for training: approval by the National Council of Education (CNE/MEC) of the National Curriculum Guidelines for the undergraduate course in Public Health in 2017, the inclusion of the occupation of sanitarist in the Brazilian Classification of Occupations (CBO) in 2017, creation of the Association of Bachelors in Public Health (ABASC) in 2019 and the processing of Bill no. 1821/2021 for professional recognition as a sanitarist. This study contributes to the debate in the academic community about training and graduates in Public Health.

Keywords: Professional training in health, Undergrad, Public Health, Life Experience.

RESUMEN

Se trata de un informe de experiencia de egreso en Salud Pública en el 1er Congreso Nacional de Licenciados en Salud Pública (I CONABASC) realizado entre el 22 y 23 de mayo de 2021 en forma virtual. El evento contó con una amplia participación de profesores, estudiantes y egresados. Los debates se desarrollaron a partir de exposiciones dialogadas y presentaciones de trabajos que contribuyeron al conocimiento sobre la graduación en Salud Pública y el desempeño profesional de los egresados. Entre los temas tratados por los egresados, se destaca el conflicto entre el

predominio de la ocurrencia de cursos en el turno de noche y el funcionamiento de los servicios de salud en los campos de pasantías durante el turno de día. Tal conflicto entre los turnos dificultó la oferta de pasantías en el proceso de formación de estos egresados. Además, se puede resaltar la falta de alianzas entre universidades e instituciones privadas para la realización de actividades prácticas, dada su configuración como campo profesional para egresados. Avances y logros para la formación: aprobación por el Consejo Nacional de Educación (CNE / MEC) de las Directrices Curriculares Nacionales para el curso de pregrado en Salud Pública en 2017, la inclusión de la ocupación de sanitarista en la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO) en 2017, creación de la Asociación de Licenciados en Salud Pública (ABASC) en 2019 y tramitación del Proyecto de Ley no. 1821/2021 para el reconocimiento profesional como sanitarista. Este estudio contribuye al debate en la comunidad académica sobre formación y egresados en Salud Pública.

Palabras clave: Formación profesional en salud, Graduación, Salud Pública, Experiencia de vida.

1 INTRODUÇÃO

A formação na graduação em Saúde Coletiva teve início em 2008 com o primeiro curso ofertado na Universidade Federal do Acre (UFAC) na modalidade de bacharelado. Atualmente, o Brasil conta com 24 cursos alinhados ao escopo de formação¹. A antecipação da formação a partir da graduação proporciona a capacitação de recursos humanos em saúde aptos a atuar nas mais diversas instâncias dos serviços de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como em instituições privadas no desempenho técnico de consultoria, planejamento, gestão de pessoas entre outras atribuições².

Os cursos estão organizados entre quatro anos e quatro anos e meio, e de oito a nove semestres, com média de 3.200 horas para a oferta de componentes obrigatórios, optativos, atividades complementares e estágios supervisionados³. As expertises construídas ao longo da formação estão imbricadas no campo da Saúde Coletiva composto pela atenção à saúde, educação em saúde, gestão em saúde que compõe os núcleos da

epidemiologia, gestão, planejamento, políticas, promoção; ciências humanas, sociais, da saúde, exatas, pesquisa e desenvolvimento em saúde³. A construção teórica dos conhecimentos é desenvolvida no âmbito das salas de aulas, laboratórios, integração com outros cursos e estão aliados às aulas práticas, visitas técnicas, estágios nos serviços e sistemas de saúde, bem como através do contato com a comunidade para a formação de competências e habilidades³⁻⁶.

A temporalidade de mais de uma década das primeiras turmas de egressos e a expansão progressiva dos cursos ao longo dos anos demonstram um avanço na formação a partir da graduação em Saúde Coletiva. Entre os acontecimentos relacionados aos cursos, ocorreu, em 2010, a implantação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para tratar sobre temas inerentes à formação, egressos, profissionalização entre outras temáticas⁵. Oriundos das discussões do FGSC em 2011, é realizado o I Encontro Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (ENESC) sendo criada neste encontro a Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC)⁵.

Desde 2012, a criação de uma Associação Profissional é discutida no FGSC. Ao longo dos anos, os bacharéis viram a necessidade de uma representação para agregar estratégias de valorização da classe na sua totalidade. Em agosto de 2019, foi fundada a Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC) para a representação nacional a partir de uma composição jurídica de pessoa física sem fins lucrativos para representar estudantes e profissionais graduados em Saúde Coletiva⁷.

Ao longo dos anos, as discussões desenvolvidas no âmbito do FGSC subsidiaram as proposições de algumas conquistas que contribuíram para a inclusão da ocupação de sanitarista a partir da graduação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2017⁶. No mesmo ano, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva

(DCNCGSC) foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (CNE/MEC). Os cursos precisam estar alinhados às diretrizes para haver uma maior homogeneização da formação independente da origem do egresso^{3,7-8}.

A elaboração de uma proposta para a profissionalização de sanitarista durante o FGSC, resultou na formalização do Projeto de Lei n. 1821/2021 pela ABSC junto a um deputado que compunha a câmara do Senado Federal. O trâmite do PL dispõe sobre “a regulamentação da atividade profissional de sanitarista e dá outras providências” no âmbito da formalização profissional tanto para os Bacharéis como para os Pós-graduados em Saúde Coletiva, ambos com títulos reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC)⁹. A ABASC promoveu, entre os dias 22 e 23 de maio de 2021, o I Congresso Nacional de Bacharéis em Saúde Coletiva (I CONABASC), sendo considerado como um encontro histórico para a comunidade acadêmica. O congresso contou com ampla discussão sobre os cursos por meio da fala de professores do curso de graduação em Saúde Coletiva, dos bacharéis, através de relatos de experiências da inserção profissional e na apresentação de trabalhos sobre as temáticas da Saúde Coletiva a partir da graduação, profissionalização, sistemas e serviços de saúde, entre outras¹⁰.

Diante do contexto apresentado, este relato pretende destacar alguns aspectos sobre a graduação em Saúde Coletiva e os avanços profissionais apresentados pelos bacharéis em Saúde Coletiva no I CONABASC.

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência sobre a graduação em Saúde Coletiva no I CONABASC. O congresso ocorreu entre 22 e 23 de maio de 2021, de forma virtual na plataforma Zoom, com o tema “A Atuação Profissional do Bacharel em Saúde Coletiva: Concepções, Dilemas e Perspectivas”. O evento contou com mais de 150 congressistas, entre

professores do curso de graduação em Saúde Coletiva, alunos do curso, egressos e pessoas interessadas com a temática. A programação foi organizada a partir de exposições dialogadas sobre “A história e exercício da ABASC, atuação profissional do bacharel em Saúde Coletiva, reconhecimento profissional e regulamentação da profissão de sanitarista”. Ainda contou com apresentações de trabalhos que contribuíram para o debate e conhecimento sobre a graduação em Saúde Coletiva e atuação profissional do bacharel em Saúde Coletiva¹⁰.

As atividades, ao longo dos dias do evento, foram realizadas de modo a evidenciar exposições dialogadas de professores do curso de graduação em Saúde Coletiva, relatos das experiências profissionais dos egressos do curso, apresentações de trabalhos de egressos e alunos relacionados a temática da formação e as experiências de trabalho na Saúde Coletiva.

3 A GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E AS DISCUSSÕES EM TORNO DA FORMAÇÃO

A graduação em Saúde Coletiva conta com 24 cursos distribuídos nas regiões brasileiras, sendo seis na região Norte, cinco na região Nordeste, três na região Centro-Oeste, cinco na região Sudeste e cinco na região Sul, havendo uma maior concentração da formação nas universidades federais, com o funcionamento dos cursos em turno noturno. O quantitativo de vagas para novos alunos cresce a cada ano, bem como o número de egressos inseridos no mercado de trabalho.

A primeira turma de egressos foi formada pela universidade federal do Acre em 2012 e atualmente, entre os cursos, são mais de 2.000 egressos. A formação tem predominância dos cursos no turno noturno, identificados nas universidades federais que aderiram ao Programa de Apoio à Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)⁵. Entre os objetivos do Reuni, estavam a ampliação do acesso e permanência dos alunos no ensino superior, a abertura de novos cursos e o aproveitamento do

turno noturno. O Reuni é apresentado entre as justificativas que viabilizaram abertura dos cursos pela proposta de um novo curso, assim como para o provimento da estrutura física e de pessoal.

O curso em horário noturno é visto como uma dificuldade para a oferta de atividades práticas devido à divergência com o horário de funcionamento da maioria dos serviços de saúde. Alguns cursos têm o funcionamento noturno, mas realizam as atividades práticas diurnas. Entretanto, nem todos os alunos possuem disponibilidade em tempo integral para realizarem as aulas teóricas à noite e as práticas durante o dia, dado o perfil da maioria dos alunos que escolhem o turno noturno para realizar o ensino superior por trabalharem durante o dia. Alguns cursos realizaram a mudança para o turno diurno na perspectiva de adequar o curso ao horário de funcionamento dos serviços de saúde, podendo ser esta uma tendência para formação.

A nomenclatura bacharelado em Saúde Coletiva é predominante entre os cursos. Esta mudança para unificação só foi possível pelo amplo debate no FGSC, visto que no início dos cursos em 2008 havia uma diversidade que prejudicava o reconhecimento do curso. As discussões no FGSC foram apontadas como fundamentais para haver essa mudança ao longo da temporalidade, de modo que favorece o reconhecimento dos cursos, bem como dos egressos que possuem um perfil mais delimitado da nomenclatura com a formação para a inserção profissional.

Quanto à reserva de vagas para pessoas vindas de escolas públicas - a partir de políticas e ações afirmativas, pessoas com deficiência, em situação de refúgio, emigrantes e estrangeiros, foi vista como uma prioridade entre os cursos. Esta reserva proporciona a garantia de acesso ao ensino superior para grupos antes não inseridos principalmente em universidades federais. Um trabalho foi apresentado sobre a inserção de estudantes estrangeiros nos cursos de graduação em Saúde Coletiva. A autora do trabalho apresentou sua experiência como estrangeira e o

processo realizado para se inserir em uma universidade brasileira.

Entre as exigências do vestibular para estrangeiros estão a proficiência em língua portuguesa, comprovante de escolaridade e prova de nivelamento de conhecimento. Somente após a aprovação destes requisitos, a escolha do curso é realizada. Entre as dificuldades vivenciadas neste processo, puderam ser destacadas o choque cultural, adaptação ao novo país e o preconceito racial por ela ser negra. Este relato causou comoção entre os participantes. O preconceito é algo ainda muito presente na sociedade, vivenciado não só pela cor de pele, mas por pessoas com deficiência, por gênero e classe social. No contexto brasileiro, um país tão diversificado culturalmente, é inadmissível que, no século XXI, pessoas em âmbito institucional na construção de uma formação acadêmica sofram preconceito. É necessário dar continuidade aos investimentos já realizados e proporcionar um melhor acolhimento destes alunos para garantir a permanência dos mesmos no ensino superior.

Sobre a estrutura curricular, os cursos possuem uma diversidade de componentes entre as ciências humanas, sociais, gestão, políticas, educação e atenção à saúde, epidemiologia, vigilância entre outras áreas que englobam a Saúde Coletiva. Os componentes são organizados em alguns cursos por eixos ou por escalonamento em quatro componentes que variam entre 30 e 45 horas entre obrigatórios e optativos. Uma crítica foi feita a esta amplitude de saberes que envolvem a Saúde Coletiva ofertados durante a formação, visto que muitos alunos cursam alguns componentes fragmentados entre os semestres do curso que poderiam ser realizados a partir de um currículo de forma linear à construção do conhecimento.

Um currículo mínimo, de nivelamento inicial, foi sugerido para a formação direcionada às ofertas nas áreas estruturantes da formação na Saúde Coletiva. De modo específico, este aprofundamento é realizado impreterivelmente na pós-graduação *stricto sensu* onde torna-se especialista na área escolhida ao final da formação, dificilmente se enquadrando na

graduação.

Os estágios possuem carga horária média de 300 a 740 horas, geralmente realizados nos dois últimos semestres concentrados na gestão, atenção e educação em saúde. Os serviços públicos são priorizados como campo de estágios, seja em secretarias de saúde, sistemas de controle, serviços de saúde nas três esferas da atenção à saúde, entre outras. Foi percebida nos relatos uma crítica à não oferta igualitária aos segmentos privados como agências reguladoras e de saúde suplementar.

A graduação em Saúde Coletiva foi arquitetada na perspectiva de fortalecer o SUS. Todavia, o sistema não tem conseguido absorver boa parte dos egressos. A expansão no mercado considerado do terceiro setor, muitos dos egressos consideram necessário que haja debates e contatos com estas instâncias durante o processo formativo. A amplitude de oportunidades de inserção profissional poderá, a curto prazo, ampliar as estratégias da formação para o fortalecimento do SUS.

Foi observada resistência por parte de muitos egressos em considerarem o campo privado como uma opção de inserção profissional, dada a falta de contato durante a formação e o sentimento de não estar seguindo os princípios da formação. A inserção dos egressos da graduação em Saúde Coletiva nos serviços privados é, entre os alunos e egressos, um tema polêmico. Concluintes dos cursos relatam terem sofrido preconceitos por se inserirem profissionalmente em instituições privadas, apesar de serem estas as oportunidades encontradas pelos mesmos para exercerem a carreira profissional. Entre as discussões travadas no Congresso, destaca-se a relacionada ao trabalho do egresso na saúde suplementar na atenção primária à saúde que está sendo desenvolvido na coordenadoria administrativa de assistência à saúde e prestação de assessoria técnica para atingidos de uma catástrofe ambiental. O trabalho realizado nestes espaços tem contribuído para ampliação de postos de trabalho ocupados por sanitaristas de graduação que têm avançado pela procura direta de alguns

egressos a estes serviços que, após inseridos nos serviços de saúde, abrem caminhos para outros egressos.

No que se refere ao desenvolvimento de competências e habilidades, as discussões realizadas no Congresso apontaram para a necessidade da inserção do graduando nas atividades de extensão, em grupos de iniciação científica, em instâncias colegiadas e em centros acadêmicos.

O elo entre a universidade e o egresso não deve acabar com a entrega do diploma. Os participantes ressaltaram a importância e permanência do contato na perspectiva do acompanhamento do egresso e avaliação da formação. Alguns cursos apontam como estratégias de contato o *site* institucional com aba destinada para egressos, lista de transmissão e busca ativa para o monitoramento. O acompanhamento dos egressos pelas universidades contribui com a avaliação e aperfeiçoamento dos Projetos Pedagógicos dos Cursos a partir da inserção profissional dos egressos nos serviços de saúde ou no âmbito institucional da docência e pesquisa.

4 AVANÇOS E CONQUISTAS DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva foram aprovadas em 2017 pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (CNE/MEC), sendo ainda necessária sua publicação no Diário Oficial para entrarem em vigor. Devido a alguns cursos participarem diretamente do processo de formulação da minuta apresentada ao CNE/MEC, e para estarem em conformidade com as diretrizes, os mesmos realizaram a adequação de seus projetos pedagógicos. Outros cursos, no entanto, estão em processo de reformulação até o final de 2021. Entre as mudanças das diretrizes, está a ampliação da carga horária do curso para 3.200 horas, estágio obrigatório de no mínimo 500 horas e 100 horas de atividades complementares. Entretanto, é desconhecido o

motivo para a não publicação por parte do Ministério da Educação. Nos últimos anos, o país enfrenta uma grande crise na educação pela falta de investimento, principalmente nas universidades federais. Esta situação pode ter como consequência o desmonte do ensino público brasileiro. As implicações na formação do Bacharel em Saúde Coletiva podem ser severas e, se considerarmos a atuação destes profissionais no Sistema Único de Saúde neste período de pandemia, também haveremos de reconhecer que as consequências para a população usuária do SUS serão deletérias.

Durante o congresso, foi discutida a inclusão da ocupação de sanitarista na CBO em 2017 pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). A inclusão da ocupação de sanitarista permite que bacharéis em Saúde Coletiva e Pós-graduados em Saúde Coletiva/Saúde Pública realizem a atuação profissional em ações de planejamento, coordenação, avaliação de ações de saúde, gestão, administração de recursos financeiros, entre outras atividades. A ocupação de sanitarista só foi possível pelo amplo debate e articulação entre professores, alunos e egressos no FGSC e em outras instâncias como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para o reconhecimento pelo MTE. A partir desta conquista, foi possível a inclusão ou aceitação da participação de bacharéis em Saúde Coletiva em concursos públicos.

A criação da ABASC, em 2019, está entre os avanços conquistados para os bacharéis em Saúde Coletiva. Com a proposta de representação profissional, a ABASC desenvolve discussões pertinentes, dando visibilidade acadêmica e profissional aos alunos e bacharéis em Saúde Coletiva. A associação é formada por estudantes e egressos do curso. A comissão possui mandato de dois anos para a realização de atividades a partir do planejamento estratégico de ações para o fortalecimento e reconhecimento profissional.

A tramitação do Projeto de Lei n. 1821/2021 para o reconhecimento da atividade profissional de sanitarista é um dos atuais desdobramentos que

é discutido tanto no FGSC quanto na ABASC. Inicialmente uma proposta do PL foi formulada no FGSC. Em maio de 2021, a ABASC apresentou a proposição do PL ao deputado que foi ex-ministro da saúde que protocolou a petição. A partir da ampla repercussão nacional do trâmite do PL, a proposta conta, atualmente, com um relator para apreciação na Comissão de Seguridade Social e Família. Os desdobramentos do PL trazem perspectivas promissoras para o reconhecimento de uma profissão já exercida no anonimato durante muitos anos no país.

Foi constatado no congresso que a atuação profissional se expande gradativamente ao longo dos anos. Foram identificadas atuações do Sanitarista no Ministério da Saúde, em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em Universidades e em outras instâncias públicas e privadas. Foram apresentados no congresso a atuação na gestão pública, no Ministério da Saúde, em projetos, programas, gerência de serviços de saúde em instâncias públicas e privadas. O trabalho desenvolvido pelo bacharel em Saúde Coletiva para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 é visto como estratégico, pela qualificação profissional construída ao longo da formação, contribuindo assim, com a saúde pública brasileira.

As discussões realizadas no I CONASBAC evidenciaram o percurso histórico da graduação em Saúde Coletiva e os avanços profissionais dos egressos. Em pouco mais de uma década, o curso conta com o reconhecimento da ocupação de sanitarista, diretriz curricular, a criação da ABASC, Projeto de Lei em tramitação para reconhecimento profissional, de modo que esta formação colabora para a qualificação de recursos humanos para a atuação dos serviços e sistemas de saúde.

5 CONCLUSÃO

O I CONABASC se destaca como um evento histórico para os bacharéis em Saúde Coletiva no Brasil. A importância da proposição de

estudos sobre a formação, bem como da articulação de eventos que discutam o processo formativo, se faz necessária para acompanhar os desdobramentos em torno desta formação.

Os debates sobre a graduação relacionados ao turno predominante dos cursos e a oferta de campos de estágio foram bastante polêmicos, tendo em vista a divergência de horários dos cursos em relação aos horários de funcionamento dos serviços de saúde de âmbito municipal, estadual ou federal. É enfatizada a escassez de oferta de estágios em instituições privadas durante a graduação. Como este setor tem aparecido como campo de atuação profissional dos egressos, é necessário que haja proposições e parcerias institucionais para a inclusão destes espaços durante o processo formativo. Foram apresentadas, a partir das vivências, dos egressos, estratégias para reorganização curricular.

Destaca-se que as constantes mudanças no processo formativo proporcionaram delimitação quanto ao campo de inserção no mercado de trabalho para os egressos. A inserção profissional do bacharel em Saúde Coletiva tem contribuído para o fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde públicos e privados. Entre os avanços em torno da formação estão o reconhecimento da ocupação de sanitarista, a aprovação das diretrizes curriculares, a criação da ABASC e a tramitação do PL para o reconhecimento da atividade profissional de sanitarista.

Este estudo contribui com as discussões da formação na graduação na Saúde Coletiva, tendo como base os questionamentos apresentados, de maneira a agregar o avanço dos debates nas instâncias institucionais formativas, no âmbito do FGSC e na ABASC para o fortalecimento do sanitarista graduado em Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. Cursos. Graduação em Saúde Coletiva [online]. 2021. [Acesso em: 03 de jun. de 2021]. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/graduacaoemsaude/cursos>
2. Silva, VO; Pinto, ICM; Teixeira, CFS. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. Saúde em Debate. 2018;42(119):799-808.
3. Brasil. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. Aprova em 06 de jun. de 2017 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva [online]. 2017. [Acesso em: 03 de jun. de 2021]. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>
4. Castellanos, MEP. et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. Ciência & saúde coletiva. 2013; 18(6):1657-1666.
5. Pinto I, Paim, J. A Abrasco e a Experiência da Graduação em Saúde Coletiva. Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história [online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015;137-150. [Acesso em: 10 de jun. de 2021]. Disponível em <http://books.scielo.org/id/q4gzb/pdf/lima-9788575415900-08.pdf>
6. Souza, PB. Lopes, DCL. Valença, CN, Medeiros, SM. Mercado de trabalho do sanitário em saúde coletiva: novas perspectivas. Revista Baiana de Saúde Pública. 2018;42(4):640-652.
7. Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC). A ABASC. Nossa História [online]. 2021. [Acesso em: 07 de jun. de 2021]. Disponível em <http://abascsaudecoletiva.com/nossa-historia-agenda-abasc>
8. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Fórum de Graduação de Saúde Coletiva da ABRASCO. Reunião virtual para apresentação da nova coordenação [online]. 2021. [Acesso em 07 de jun. de 2021]. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/graduacaoemsaude/forum-de-graduacao-em-saude-coletiva-tem-nova-coordenacao/355>
9. BRASIL. Projeto de Lei 1821/2021 [online]. Dispõe sobre a regulamentação da atividade profissional de sanitário e dá outras

providências. 2021. [Acesso em 07 de jun. de 2021]. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=no de013absqg66unrb1rui5rzpx71vk14814668.node0?codteor=2011996&file_name=Tramitacao-PL+1821/2021

10. Associação de Bacharéis em Saúde Coletiva (ABASC). I Congresso Nacional de Bacharéis em Saúde Coletiva (I CONABASC). Tema central do congresso é “A Atuação Profissional do Bacharel em Saúde Coletiva: Concepções, Dilemas e Perspectivas”. Programação [online]. 2021. [Acesso em 10 de jun. de 2021]. Disponível em:
<http://abascaudecoletiva.com/i-conabasc-agenda-abasc>

A política nacional de práticas integrativas e complementares: considerações quanto à formação profissional

The national policy on integrative and complementary practices: considerations about professional qualification

La política nacional de prácticas integrativas y complementarias: consideraciones sobre la formación profesional

Joyce Viana Marques¹⁰

Marco Antonio Carvalho Santos¹¹

RESUMO

O artigo discute a formação profissional ligada à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único Saúde (SUS), por meio de uma revisão da literatura e da análise de cursos oferecidos no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS). Contextualiza no cenário nacional e internacional a implementação das práticas integrativas no SUS. São apontadas diferenças significativas, quanto à formação e aos profissionais autorizados a praticá-las, entre a Portaria nº 971/2006 que instituiu a PNPIC e as de número 849/2017 e 702/2018 que incluem novas práticas integrativas a esta política. A oferta pelo Ministério da Saúde de cursos sobre práticas integrativas por meio do AVASUS é entendida como necessária, mas insuficiente para a formação de profissionais. Conclui-se que, apesar dos recentes avanços no debate e considerando o modo como foi ampliado o quadro de práticas pelas últimas portarias, é possível identificar

¹⁰ Email: joyce.vmarques@hotmail.com

¹¹ Email: marcoantonio.santos@fiocruz.br

importantes desafios para a consolidação da PNPIC entre os quais se destaca a formação profissional. Considera-se a defesa da formação e normatização das PICS como uma luta pelo reconhecimento social de práticas de trabalho não hegemônicas e como caminho para garantir a realização segura para realização de tais práticas.

Palavras-chave: Política de saúde, Política pública, Terapias complementares, Medicina tradicional, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde

ABSTRACT

The article discusses professional qualification linked to the National Policy for Integrative and Complementary Practices (PNPIC) of the Brazilian Health System, through a literature review and analysis of courses offered in the Virtual Learning Environment (AVASUS). It contextualizes the implementation of integrative practices in the Brazilian Health System on the national and international scene. Significant differences are pointed out, in terms of qualification and professionals authorized to practice them, between Ordinance No. 971/2006, which instituted the PNPIC, and No. 849/2017 and 702/2018, which include new practices that integrate this policy. The offer of integrative practices courses through AVASUS is understood as necessary, but insufficient for the qualification of professionals. It is concluded that, despite recent advances in the debate and considering the way in which the framework of practices was expanded by the latest ordinances, it is possible to identify important challenges for the consolidation of the PNPIC, among which professional qualification stands out. The defense of professional qualification and standardization of the PICS is considered as a struggle for social recognition of non-hegemonic work practices and as a way to guarantee the safe realization of such practices.

Keywords: Health policy, Public politics, Complementary therapies, Traditional medicine, Human Resources Training in Health

RESUMEN

El artículo analiza la formación profesional vinculada a la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC) del Sistema Único de Salud (SUS), a través de una revisión de la literatura y el análisis de los cursos que se ofrecen en el Entorno Virtual de Aprendizaje del SUS (AVASUS). Contextualiza la implementación de prácticas integradoras en el SUS en el escenario nacional e internacional. Se señalan diferencias significativas, en cuanto a formación y profesionales habilitados para ejercerlas, entre la

Ordenanza No. 971/2006, que instituyó la PNPIC, y la No. 849/2017 y 702/2018, que incluyen nuevas prácticas que integran esta política. La oferta por parte del Ministerio de Salud de cursos sobre PICS a través de AVASUS se entiende necesaria, pero insuficiente para la formación de profesionales. Se concluye que, a pesar de los recientes avances en el debate y considerando la forma en que el marco de prácticas fue ampliado por las últimas ordenanzas, es posible identificar importantes desafíos para la consolidación del PNPIC, entre los que destaca la formación profesional. La defensa de la formación profesional y la estandarización del PICS se considera como una lucha por el reconocimiento social de las prácticas laborales no hegemónicas y como una forma de garantizar la realización segura de tales prácticas.

Palabras-clave: Política de salud, Política pública, Terapias complementarias, Medicina tradicional, Formación de Recursos Humanos en Salud

1 INTRODUÇÃO

Instituída em 2006 pela Portaria n.º 971 de 3 de maio de 2006¹ do Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS) segue a orientação estabelecida na Constituição de 1988 (inciso II do art. 198) que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS. É justificada pela prioridade atribuída pelo MS à “melhoria dos serviços, [a]o aumento da resolutividade e [a]o incremento de diferentes abordagens”, “tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS”². Segundo a Portaria, o uso da Medicina Tradicional/ Medicina Complementar Alternativa (MT/MCA) nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas vem sendo estimulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O termo Medicina Tradicional/ Medicina Complementar Alternativa adotado pela OMS se refere às práticas, enfoques, conhecimentos e crenças que incorporam medicinas baseadas em plantas, minerais, terapias espirituais, técnicas manuais, exercícios individuais ou coletivos que visam a manutenção do bem-estar, tratamento e prevenção de enfermidades, associado tradicionalmente a uma comunidade local³. Já o termo Práticas Integrativas e

Complementares de Saúde (PICS), adotado no Brasil, designa uma gama heterogênea de ações em saúde que incluem diferentes racionalidades médicas, bem como diferentes práticas terapêuticas. As PICS constituem-se numa abordagem pluridimensional da saúde individual e coletiva, levando em consideração, no cuidado em saúde, as múltiplas dimensões que integram o processo de adoecimento e a vida dos doentes, considerando as dimensões biológicas, sociais, espirituais, emocionais e energéticas⁴.

As PICS, presentes em mais de 232 municípios no ano de 2004, passaram a cobrir 4.365 municípios em 2017, 78% do total de municípios e 100% das capitais brasileiras⁶. Ao ser instituída, a PNPIC contemplava a oferta de serviços e produtos de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. Consequentes portarias do MS incorporaram outras terapêuticas à política nacional, totalizando atualmente 29 PICS.

A construção da PNPIC se deu a partir de recomendações da OMS, das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e de entidades da sociedade civil, a fim de proporcionar novos recursos terapêuticos à população, bem como atender a necessidade de normatização de tais práticas na rede pública de saúde. Considerando que nenhuma política pública é neutra, a elaboração e a implementação da PNPIC são resultado da correlação de forças de diversos agentes, com interesses mais diversos ainda, envolvendo justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural, prometendo a "abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado"⁵.

Tendo em vista mais de quatorze anos desde a primeira publicação da PNPIC, o presente artigo se propõe a discutir a formação profissional ligada a esta política, por meio de uma revisão da literatura e da análise de cursos oferecidos no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), lançado pelo MS em 2015, com base na Política Nacional de Educação Permanente, com o objetivo de qualificar profissionais, gestores e técnicos do Sistema

Único de Saúde⁷. Atualmente, possui mais de 280 mil cursos ativos e 1.537.842 alunos matriculados⁸. Deste quantitativo, seis módulos são relacionados à PNPIC.

2 DESENVOLVIMENTO

A MT/MCA passou a ganhar maior visibilidade no mundo a partir da segunda metade do século XX, a contracultura. O movimento, na década de 1960, provocou, no Brasil, um novo interesse por temas como o pacifismo, o feminismo e o ambientalismo. Nascimento et al.⁹ afirmam que o movimento deu espaço às propostas terapêuticas de cuidado de base natural com foco na promoção da saúde, como alternativa às práticas alopáticas. Com isso, ganhou força a crítica à farmacologia química, à medicalização como instância de controle social, à iatrogenia médica e ao reducionismo biologicista da saúde, um conjunto de elementos que contribuiu para o que Luz¹⁰ chamou de crise da saúde.

No final da década de 1970, a OMS cria o *Programa de Medicina Tradicional* de modo a incentivar práticas milenares de cuidado à saúde, como a medicina tradicional chinesa¹¹. Em 1978, a Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância reconheceram a importância da medicina tradicional no cuidado à saúde da população mundial. O relatório da Conferência ressalta que cabe a cada país interpretar as particularidades dos cuidados em saúde ao seu próprio contexto, de forma a respeitar as diferentes culturas. A Conferência representou um marco para o reconhecimento dos praticantes tradicionais, qualificando-os como agentes de saúde, que, "com treinamento apropriado"¹², podem ser importantes aliados no aprimoramento da saúde da comunidade. Reconhece a contribuição dos sistemas tradicionais de medicina, recomenda financiamento público para pesquisas na área e que os governos formulem políticas e normas nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada.

No Brasil, a institucionalização de abordagens terapêuticas tradicionais se iniciou a partir da década de 1980 e ganhou relevância após a criação do SUS. Em 1985, foi instituído um convênio entre Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Fiocruz e o Instituto Hahnemanniano do Brasil, com o intuito de estabelecer assistência homeopática na rede pública⁵. A difusão da Homeopatia no Brasil se deu por volta dos anos de 1840, praticada por pessoas sem formação médica¹³. Apenas em 1980 há um movimento de tornar tal prática de *alternativa a complementar* à biomedicina, passando a ser reconhecida pelos conselhos profissionais de medicina, farmácia e medicina veterinária⁵.

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde aponta que os serviços de saúde devem ser regidos seguindo o princípio de "integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo"¹⁴, além de indicar a "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida"¹⁴. Referindo-se aos recursos humanos, recomenda a "inclusão no currículo do ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas"¹⁴, bem como o direcionamento da formação desses profissionais para o comprometimento com os princípios do sistema nacional de saúde.

As Resoluções nº 4, 5, 6, 7 e 8 de 1988, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, que abrangia os Ministérios da Saúde, Educação, Previdência Social, Trabalho e Planejamento, fixaram diretrizes para o atendimento em acupuntura, homeopatia, termalismo e fitoterapia na rede pública⁵. A prática da acupuntura no Brasil, que se iniciou com os primeiros imigrantes chineses nos anos de 1810, apenas a partir de 1980, passou a ser reconhecida pelos conselhos profissionais como especialidade da saúde. Atualmente é reconhecida pelos conselhos de fisioterapia e terapia ocupacional, biomedicina, medicina, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia e psicologia. O termalismo no Brasil, foi introduzido como terapêutica junto com

a colonização portuguesa, tornando-se, posteriormente, disciplina de escolas médicas da Universidade Federal de Minas Gerais e da Universidade Federal do Rio de Janeiro⁵. Já a fitoterapia/plantas medicinais está relacionada aos primórdios das práticas de cuidado e atualmente é reconhecida como especialidade pelos conselhos profissionais de farmácia e nutrição.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a incorporação ao SUS de "práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, em todo o país, contemplando as terapias alternativas e práticas populares"¹⁵. Novamente é citada a importância de investimentos em "pesquisas que analisem a efetividade das práticas populares alternativas em saúde, com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa realizadas em parceria com Universidades Públicas" (*idem*, p.29), e apontada a necessidade de formulação de políticas de saúde que contemplem "particularidades e especificidades culturais, de costumes, étnicas, epidemiológicas, políticas e sociais de cada local, rompendo-se com a tradição de Programas e Políticas verticais" (*idem*, p.66). A 11ª CNS¹⁶ reafirma a recomendação de incorporar práticas não convencionais de saúde como acupuntura e homeopatia na atenção básica.

Em 2002, o documento *Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, da OMS³, recomenda aos Estados-membros a integração de tais práticas aos sistemas de saúde e propõe a elaboração de política contemplando legislação e regulação de produtos e práticas, formação e licença para os praticantes, pesquisa e desenvolvimento, além de financiamento. Apresenta também uma revisão global do uso da medicina tradicional, abordando questões de política, segurança, eficácia, qualidade, acesso e uso racional de produtos e terapêuticas tradicionais. Aponta, como desafio, a validação das práticas tradicionais dentro de um sistema de saúde de base alopática tendo em vista a diversidade cultural de tais práticas, sabendo-se que foram desenvolvidas em diferentes contextos culturais, fundamentadas em cosmologias e filosofias distintas. Reconhece que a MT/MCA não é homogênea, o que dificulta a identificação das terapias mais seguras e eficazes do ponto de vista da medicina científica. Destaca que, dos 191 Estados-membros da OMS, apenas 25 tinham desenvolvido até o momento políticas direcionadas às práticas não

convencionais. A formação dos profissionais e a falta de regulamentação para o exercício da medicina tradicional são desafios à legitimação de tais práticas, segundo o documento. Diante disso, sugere a criação de mecanismos de qualificação e regulamentação de modo a permitir que somente pessoas habilitadas possam praticar a MT/MCA, qualificando esses profissionais via programas de formação que também incluam elementos básicos de atenção primária e saúde pública.

O Estado Brasileiro inicia em 2003 a elaboração de uma política nacional de práticas alternativas/naturais/tradicionais. Após reunião entre o Ministro da Saúde e representantes de associações nacionais de fitoterapia, homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica, foi instituído um Grupo de Trabalho responsável pela formulação da política, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria-Executiva⁵.

Para subsidiar a elaboração da política nacional, foi realizado, em 2004, pelo DAB, o diagnóstico situacional das PICS no SUS que nortearia a escolha das práticas a serem incluídas nessa política, levando em consideração as realidades locais e ações no âmbito das práticas integrativas já em andamento no país. O levantamento indicou a estruturação de algumas práticas em 232 municípios.

Após o diagnóstico nacional, foi elaborada em 2005 a proposta da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares que passa por algumas alterações quanto ao nome da política, de alguns conteúdos da proposta da medicina tradicional chinesa e a inclusão da prática de termalismo social com base no relatório do Grupo das Águas do CNS⁵. Aprovada pela Portaria nº 971/2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS incluiu medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. A medicina antroposófica, foi incluída no mesmo ano à PNPIC pela Portaria nº 1.600/2006 b¹⁷.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma discussão crítica a partir de uma revisão narrativa da literatura envolvendo as temáticas: Sistema Único de Saúde, Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e formação profissional. De acordo com Rother¹⁸, a revisão narrativa é um método apropriado para discutir determinado assunto sob ponto de vista teórico e contextual. A mesma autora enfatiza que esse método visa fazer uma síntese qualitativa da literatura sob o enfoque crítico do autor a partir de questões amplas.

Assim, foi realizada busca a partir de artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de abril de 2020 a janeiro de 2021 com descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde: Sistema Único de Saúde AND Terapias Complementares. Os critérios de inclusão foram: artigo completo disponível na íntegra e em português. No total, foram encontradas 121 publicações. Em seguida, fez-se a leitura do título e do resumo de todos os arquivos. Foram excluídos artigos duplicados, artigos indisponíveis e não relacionados à PNPIC. Ao final desta seleção, foram obtidos 36 artigos. A leitura e análise dos artigos visaram permitir uma visão e compreensão dos debates em torno do cenário nacional das práticas integrativas e da formação profissional neste campo.

Em um segundo momento, foi realizado um levantamento dos cursos oferecidos pelo AVASUS relacionados à PNPIC. Foram encontrados seis cursos, os quais foram submetidos à comparação em relação a título, objetivo, ano de publicação, carga horária e público a que se destina. A seguir, foram escolhidos dois módulos para uma análise mais aprofundada: "Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa" e "Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa". Esta etapa teve como objetivo descrever e analisar características dos cursos mencionados comparando-as ao objetivo geral, o de capacitação profissional para a atuação nos serviços de atenção à saúde. A análise foi feita com base no material disponível no

AVASUS e na experiência da autora que cursou os módulos em 2016, e, novamente, para análise crítica em 2021.

Embora a discussão sobre a implementação da PNPIC tenha sido objeto de crescente interesse e de vários estudos, o enfoque aqui proposto, na formação profissional, ainda tem sido pouco discutido, apesar de apontado como um aspecto importante para o desenvolvimento e consolidação dessa política. Entre os trabalhos que abordam a questão podem ser indicados os de Tesser, Souza e Nascimento¹⁹ e Habimorad et al.²⁰. O presente artigo busca somar-se às contribuições para suprir essa lacuna. A utilização da Acupuntura como exemplo ao longo do artigo se deve à formação da autora como especialista nesta PIC.

4 DISCUSSÃO

4.1 PNPIC E A PREOCUPAÇÃO COM FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

A portaria que instituiu a PNPIC¹, aponta como diretrizes o desenvolvimento de ações de caráter multiprofissional; elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação e o desenvolvimento das PICS; desenvolvimento de estratégias de qualificação para profissionais no SUS em conformidade com os princípios da educação permanente; divulgação e informação dos conhecimentos básicos destas abordagens para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Em seu texto, manifesta preocupação com a garantia de segurança, eficácia e qualidade das PICS atreladas à formação e qualificação profissional. O documento contém diretrizes específicas para cada uma das terapêuticas abordadas e enfatiza a responsabilidade com a capacitação dos profissionais de saúde do SUS. Em relação à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, por exemplo, aponta para a inserção de profissionais de saúde com formação em acupuntura em nível de especialização, citando também funções básicas desse profissional como membro da equipe em Estratégia de Saúde da Família e em Centros de

Especialidades, destaca a importância de desenvolver estratégias de qualificação profissional, com conceitos básicos de medicina chinesa e práticas corporais /meditativas, aponta para a inserção formal da medicina chinesa na formação do profissional de saúde em nível de graduação e pós-graduação ressalta a necessidade de capacitação específica para a atuação profissional no SUS.

A aprovação da PNPIC foi seguida de diversas resoluções. No ano de 2006, os serviços de Práticas Integrativas são incluídos na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS, pela Portaria nº 853/2006²¹, visando a regulação e aplicação da PNPIC. O anexo desta portaria, estabelece os profissionais habilitados às determinadas PICS. No caso da acupuntura, ainda como exemplo, indica os seguintes profissionais que podem praticá-la (Quadro 1)

Quadro 1 - Classificação de profissionais habilitados às PICS segundo Portaria nº 853/2006:

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	001	ACUPUNTURA	1	061.58	MÉDICO ACUPUNTURISTA
			2	071*	TODOS ENFERMEIROS
			3	051.10	BIOMEDICO, BIOLOGISTA
			4	076.20	FISIOTERAPEUTA
			5	074.35	Psicólogo clínico - Psicólogo acupunturista, Psicólogo da saúde, Psicoterapeuta, Terapeuta
			6	067.10	FARMACEUTICO, em geral

Fonte: Brasil¹

A acupuntura, embora reconhecida por alguns conselhos profissionais, é prática não regulamentada. Por isso chama a atenção a falta de especificidade da Portaria nº 853/2006 quanto ao profissional habilitado para realização desta

prática. Ao mesmo tempo em que especifica que deve ser desenvolvida por um médico especialista em acupuntura, a portaria faculta a sua prática a todos os enfermeiros, independente da especialidade, e a biomédicos e fisioterapeutas não especializados. O mesmo se dá em relação à medicina antroposófica, para a qual habilita todos os médicos e enfermeiros.

Considerando a relação indissociável entre prática profissional e processo formativo, essa falta de clareza na legislação merece ser problematizada se se pretende uma assistência segura e resolutiva, pois todo exercício das ações em saúde implica em riscos de danos, tanto no plano individual quanto coletivo, em pequena ou grande escala, o que pode ser prevenido através do estabelecimento de padrões de prática técnica e conduta ética. Segundo Foucault²², antes da medicina ser encarada como ciência, os riscos eram atribuídos à ignorância do profissional. Já na medicina moderna/biomedicina, os riscos são considerados inerentes ao processo terapêutico por se tratar de um campo de probabilidades que nem sempre pode ser mensurado com precisão. É o que o autor chama de *risco médico*, que "data do momento em que um efeito positivo da medicina foi acompanhado, por sua própria causa, de várias consequências negativas e nocivas"²². Mesmo considerando que os riscos de dano iatrogênico das PICS são, em geral, muito menores do que os da biomedicina, isso não os elide completamente. Alguns exemplos disso são o limiar entre a dose terapêutica e tóxica de um chá em fitoterapia, a ocorrência de pneumotórax pós acupuntura^{23,24}, descolamento de vértebras pela quiropraxia²⁵, embolia por má aplicação de ozonioterapia^{26,27}, infecção no conduto auditivo por semente de mostarda utilizada na auriculoterapia, entre outros. Não cabe, portanto, a ingenuidade de supor que tais práticas não oferecem qualquer risco.

O caráter multidisciplinar e multiprofissional das PICS e a necessidade de definir os profissionais aptos a praticá-las são apontados no Relatório Final do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde¹¹, realizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Atenção à

Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde. Cita, como exemplo, Cuba que tem inúmeras iniciativas na área de formação e capacitação de profissionais de saúde e onde 80% dos médicos, 70% dos enfermeiros e 82% dos farmacêuticos são treinados em medicina natural e tradicional (Brasil, 2009).

Em 2011 a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares divulga o Relatório de Gestão 2006-2010, apontando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como possibilidade de inclusão dos profissionais de saúde para o exercício das PICS. Todavia, como desafio, ressalta a necessidade de investimento em formação e qualificação, para que haja profissionais em número adequado para atuarem no SUS. Para tanto, a Coordenação recomenda a inclusão de ações e recursos voltados ao ensino, serviço e pesquisa das PICS no Plano Plurianual 2012-2016, bem como recomenda a definição de estratégias e diretrizes para capacitação de profissionais de saúde em práticas integrativas e complementares no SUS²⁸.

Documento da OMS, em 2013, intitulado *Estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*, destaca a formação e capacitação de profissionais como desafios à plena implementação da medicina tradicional. Segundo a OMS²⁹, dos Estados-membros que estruturaram política pública em medicina tradicional, 30% possuem programas de qualificações a nível universitário, citando como exemplo algumas universidades da África Ocidental, Congo, África do Sul e Tanzânia, mas estima que na União Européia haja em torno de 160.000 não-médicos e 145.000 médicos que praticam medicina tradicional complementar. O documento ressalta o caráter multiprofissional de tais práticas, que podem incluir profissionais com conhecimento prévio em saúde ou práticos em medicina tradicional, porém, para garantir a segurança e qualidade dos serviços, é necessário que as autoridades sanitárias regulamentem a formação e atuação profissional em medicina tradicional e complementar, levando em consideração as particularidades socioculturais de cada país.

Em 2017, a PNPIC é alterada pela Portaria nº 849/2017³⁰ que acrescenta 14 práticas à política nacional, entre elas a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, neuropatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Segundo o documento, a ampliação é justificada com base nas recomendações do documento da OMS citado acima e pela necessidade de institucionalizar práticas já presentes nos serviços de saúde de acordo com dados do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Um dia após, é alterada a tabela de serviços do SCNES pela Portaria nº 633/2007³¹, incluindo como profissionais habilitados à prática de acupuntura o cirurgião dentista, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, profissional de educação física e naturólogos. Essa abertura profissional ocorreu também para a fitoterapia, homeopatia, termalismo, antroposofia, ayurveda e naturopatia. Nenhuma destas práticas é regulamentada quanto aos requisitos de formação e atuação, apesar de serem reconhecidas como especialidade por alguns conselhos profissionais. Girardi³², ressalta a importância da regulamentação de práticas de saúde consideradas alternativas e complementares, tanto para garantia de reconhecimento profissional quanto para atenuação de suas consequências para a sociedade, principalmente quanto aos requisitos educacionais para manter os usuários a salvo de "praticantes inescrupulosos e profissionais incompetentes".

No 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em 2018, o Ministério da Saúde anunciou a inclusão de outras dez práticas ao SUS. Por meio da Portaria nº 702/2018³³, incluiu na PNPIC aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. A tabela de serviços do SCNES também é alterada pela Portaria nº 1988/2018³⁴, com as mesmas questões apontadas anteriormente em relação à falta de clareza quanto aos profissionais habilitados às PICS. O processo de inclusão de novas práticas à PNPIC em 2017 e em 2018 não

contou com a participação dos conselhos profissionais, entidades e movimentos sociais como em 2006, além de não ter apresentado um diagnóstico nacional que justificasse a escolha das novas práticas.

A PNPIC reconhece atualmente 29 práticas integrativas que envolvem diferentes racionalidades médicas, práticas que apresentam diferentes histórias, níveis de organização do trabalho e reconhecimento social para as quais, conforme tem sido afirmado em documentos da OMS, do Ministério da Saúde e por vários autores, a formação é aspecto fundamental assim como a pesquisa. Para a consolidação dessa política cabe considerar que a formação é tão diversificada quanto as próprias PICS. As características específicas de cada prática precisam ser levadas em conta para evitar tanto generalizações descabidas de um único modelo quanto a formações inadequadas ou insuficientes que coloquem em risco os usuários.

O diálogo sobre a formação no campo das PICS envolve práticas e saberes populares em que as pessoas praticam umas nas outras ou simplesmente em si mesmas, sem formação acadêmica – como imposição de mãos e meditação –, e ainda práticas e saberes aprendidos em formação específica, seja ela formal (cursos livres, técnicos, graduações e pós-graduações) ou informal. O debate e definição do tipo de formação teórica e prática adequada a cada prática não deve visar corporativamente a criação de reservas de mercado para determinados profissionais, mas garantir padrões mínimos seguros e aceitáveis ao exercício profissional.

Segundo as recomendações da OMS relativas à formação e regulação da MT/MCA, cabe a cada país interpretar as particularidades dos cuidados em saúde ao seu próprio contexto, de forma a respeitar as diferentes culturas. Como forma de controle social dessas práticas, sugere a criação de mecanismos de qualificação profissional via programas de formação que também incluam elementos da saúde pública, além de licença para os praticantes de modo a permitir que somente pessoas habilitadas possam praticar a MT/MCA²⁹.

A expansão do campo de práticas integrativas e complementares na saúde pública e no setor privado, em particular após a instituição da PNPIC, tem gerado uma busca por formação, originando cursos, em grande maioria na rede privada, criando um mercado com potencial de crescimento tanto para terapeutas como para cursos que os formam. A regulação em moldes flexíveis dessas práticas tem favorecido a criação de cursos privados, que, por não precisarem, na sua maioria, passar por rigorosas verificações regulatórias nem exigirem grandes investimentos na sua estrutura educacional, se tornam economicamente interessantes para as instituições particulares de ensino. Disso resulta muitas vezes uma multiplicidade de formações, como cursos a distância e outras propostas pouco claras que vendem a ideia de uma formação rápida e adaptada às possibilidades dos seus alunos, mas que visam principalmente o interesse econômico dos seus organizadores em detrimento da responsabilidade social.

4.2 A FORMAÇÃO EM PICS NO BRASIL

Segundo Tesser, Souza e Nascimento¹⁸, a formação profissional envolvendo as práticas integrativas e complementares de saúde no Brasil, ainda se encontra em um cenário de baixa qualidade com uma oferta insuficiente e difusa. De forma geral, a formação ainda ocorre majoritariamente em instituições particulares de ensino, por meio de cursos de pós graduação *lato sensu*³⁵, o que é uma questão a ser problematizada, já que dificilmente temas relacionadas à saúde coletiva e pública são abordados durante esses cursos, favorecendo uma formação adequada à realidade da prática privada e não necessidades do SUS. Essa situação é reconhecida como um dos maiores desafios para a ampliação da PNPIC no SUS^{36, 28,35}.

Já nos cursos de graduação, segundo Azevedo e Pelicione³⁵, a oferta tem se limitado basicamente a disciplinas eletivas de caráter introdutório, apesar de alguns estudos apontarem para o interesse dos alunos de graduação

pela temática em PICS.³⁷ Um estudo³⁸ realizado em 2014 identificou 46 disciplinas abordando a temática de PICS na graduação em seis instituições públicas de ensino superior. Os cursos que mais concentraram atividades na área foram os de enfermagem, farmácia e medicina.

Todavia, os mesmos autores chamam a atenção para iniciativas promissoras envolvendo grupos de pesquisa dentro de universidades públicas, como o Grupo de Racionalidades Médicas na Universidade Federal Fluminense, o Laboratório de Pesquisas e Práticas de Integralidade em Saúde na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, o Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde na Universidade Estadual de Campinas e o Grupo de Práticas Complementares de Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Destacam-se iniciativas locais em alguns estados e municípios brasileiros. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo³⁹ oferta curso de homeopatia para médicos da rede municipal e foi a pioneira em criar uma residência multiprofissional em PICS. O município de Campinas/SP conta com a presença de instituições de ensino/pesquisa, oferecendo curso de formação em práticas integrativas⁴⁰. A prefeitura de Florianópolis, desde 2010, oferece cursos introdutórios de algumas PICS aos profissionais de saúde da rede, além de formação em acupuntura para médicos⁴¹. A experiência de Recife com PICS iniciou-se em 2002 com a realização de programas de parcerias com a Universidade Federal de Pernambuco, Universidade de Pernambuco e Universidade Católica. No Amapá, o estado conta com a parceria da Universidade Federal do Amapá para capacitar profissionais prescritores dos fitoterápicos e plantas medicinais⁴².

Quanto à formação em serviço, por meio da educação continuada e permanente, o Ministério da Saúde atualmente oferta seis cursos sobre práticas integrativas no Ambiente de Aprendizagem Virtual do SUS, e é possível citar o curso semipresencial de auriculoterapia, com polos regionais em diversos estados brasileiros, que capacitou mais de 5.000 profissionais até o ano de

2019⁴³.

4.3 AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM DO SUS E A PNIC

O Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS é uma iniciativa do governo federal, pactuada na área da Saúde e da Educação, em parceria com instituições de ensino como Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Fiocruz, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Universidade de Brasília, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, entre outras. Os primeiros módulos relacionados às PICS foram disponibilizados em 2016, com o objetivo de qualificar a formação de profissionais e trabalhadores da saúde. Atualmente a plataforma virtual conta com seis módulos relacionados à PNPIC: Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia Aplicada à Saúde; Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa; Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa; Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde; Gestão de Práticas Integrativas e Complementares; Curso de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica - Módulo I. É possível apontar que das 29 práticas integrativas presentes na PNPIC, apenas três PICS são contempladas pelos cursos disponíveis no AVASUS: medicina tradicional chinesa, antroposofia e plantas medicinais/fitoterapia. No geral, os cursos têm um caráter informativo e introdutório, apesar de declararem como objetivo a capacitação do profissional.

Questiona-se, no entanto, em que medida esses cursos capacitam para o exercício das PICS no serviço público, considerando sua modalidade e carga horária. O título dos primeiros cursos indica tratar-se de cursos de 'introdução' e a reduzida carga horária dos mesmos parece indicar que, mais do que

capacitar para práticas, o objetivo é informar sobre estas. Entende-se que os cursos oferecidos pelo AVASUS potencializam o interesse dos profissionais de saúde pelas PICS, mas não substituem uma formação específica em determinada prática integrativa.

Considerando-se a gama heterogênea de práticas integrativas, cabe considerar a diversidade das formações e suas características específicas. Ressalta-se que apesar de PNPIC iniciar o processo de legitimação das práticas integrativas por meio da regulação destas terapêuticas nos serviços de saúde, ainda não existem parâmetros mínimos de formação legalmente estabelecidos. A preocupação com o estabelecimento de um padrão formativo coletivo está relacionada ao entendimento de que a saúde pública não envolve apenas questão de gosto pessoal ou consumo individual por afinidade por determinada terapêutica, mas vidas a nível individual e coletivo e, portanto, exige padrão público e social a fim de manter a qualidade de vida de uma sociedade⁴⁴. Além do que, no entendimento dos autores, a existência de uma estrutura formativa legitimada facilita o reconhecimento social de práticas de saúde.

Em 2016, o módulo "Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa" com carga horária de 80 horas e o módulo "Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa" com carga horária de 60 horas foram disponibilizadas em parceria com a UFRN, tendo como objetivo capacitar profissionais de saúde, gestores e técnicos das coordenações de PICS no SUS sobre a abordagem em Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e as possibilidades da inserção da MTC aplicada à saúde nos serviços. Trata-se de cursos de cunho teórico, organizados em unidades temáticas que utilizam recursos como história em quadrinhos, apresentações, vídeos, textos, sínteses e fóruns para compartilhar experiências e reflexões. Nos cursos, foram abordados conceitos fundamentais da MTC, recursos terapêuticos e implantação nos serviços das redes de atenção à saúde. Ao final de cada curso, há dois questionários, um referente à avaliação do módulo e

outro de autoavaliação do aluno.

Os cursos continham vídeos de experiências brasileiras onde havia serviços de PICS na atenção básica, na qual os diversos recursos terapêuticos da Medicina Tradicional Chinesa eram conduzidos por profissionais como médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentistas, fisioterapeutas, entre outros, em consonância com o que é preconizado pela Portaria 971/2006¹, quanto ao desenvolvimento das ações em caráter multiprofissional.

Tais módulos fazem parte das ações do Ministério da Saúde para tornar o conhecimento das práticas integrativas e complementares em saúde acessíveis aos profissionais da área da saúde⁸. Tais cursos visam a "capacitação para o entendimento e utilização da Medicina Tradicional Chinesa"⁸. O plano de curso do módulo de "Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa" apresenta como competência do aluno que finalizou o curso, motivação e preparo para implementar práticas da medicina tradicional chinesa em seus serviços de saúde, de forma a enriquecer a capacidade de cuidado.

Considera-se, como afirmado por Silva et. al⁴⁵, que o ensino a distância possibilita atingir um grande número de pessoas em diversas localidades, proporcionando acesso ao conhecimento e promovendo a democratização do saber. O exercício de determinadas PICS, no entanto, necessita de profissional qualificado com treinamento prático como é o caso de determinados recursos terapêuticos envolvendo a Medicina Tradicional Chinesa. A acupuntura possui uma longa tradição histórica e grande diversidade de níveis de formação como especialização, graduação, curso técnico e curso livre profissionalizante. Tanto em cursos de especialização quanto em cursos livres, costuma ter uma formação extensiva devido à complexidade da prática e pelo fato da MTC apresentar princípios radicalmente distintos das interpretações biomédicas, abordando concepções de saúde e adoecimento. Seu aprendizado e exercício envolvem formação, que gira em torno de 360 horas a 1200 horas. Por se tratar

de uma prática invasiva, envolve riscos quanto a contaminação por agentes biológicos e possíveis lesões corporais, tornando imprescindível que essa formação englobe carga horária prática⁴⁴. Desta forma, é fundamental a ampliação do debate e definição do tipo de formação adequada a cada prática integrativa, a fim de possibilitar uma formação com responsabilidade social e exercício profissional pautado em padrões mínimos de segurança e qualidade.

Entende-se que o ensino à distância deve ser visto como uma possibilidade educacional que potencializa a implementação da PNPIC, auxiliando na qualificação dos recursos humanos para o SUS e desmistificando práticas pouco conhecidas. Porém, não deve ser encarado como substitutiva da formação em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso histórico da PNPIC revela, além do avanço representado pela incorporação da MT/MCA ao sistema público de saúde brasileiro (ainda majoritariamente hospitalocêntrico, medicocentrado, biologizante e alopático), uma série de disputas em torno da definição dos profissionais habilitados ao seu exercício e indica um conjunto de desafios a serem superados para que esta política pública possa avançar e se consolidar.

A PNPIC ao se propor garantir o direito do usuário à escolha da terapêutica de cuidado, contribui para a integralidade do SUS por considerar o indivíduo na sua dimensão global e avança na universalidade uma vez que possibilita que um maior número de usuários tenha acesso serviços que antes eram de cunho privado e restrito a uma pequena parcela da população. Todos os eventos que a propuseram e documentos que embasaram sua criação recomendaram, no entanto, que esse processo fosse realizado de uma forma cuidadosa com parâmetros de segurança e eficácia, além do estabelecimento de mecanismos que possibilitassem a regulamentação da formação e atuação profissional. Apontaram ainda a necessidade de medidas relativas ao seu financiamento, ao desenvolvimento da pesquisa, de critérios de controle e

avaliação, do estabelecimento de responsabilidades institucionais. Se a Portaria nº 971/2006 que instituiu a PNPIC trazia extensas indicações nesse sentido, as Portarias nº 849/2017 e nº 702/2018 ampliaram o número de práticas integrativas da política pública, sem o estabelecimento de normas que orientem a formação e trabalho no SUS, sem definir critérios mínimos de segurança e eficácia, o que coloca em risco os avanços iniciais dessa política.

Passados quase quatorze anos da criação da PNPIC no SUS, ainda se faz necessário o debate sobre a formação de profissionais qualificados e habilitados para lidar com tais terapêuticas. Iniciativas do Ministério da Saúde como a oferta de cursos de capacitação e atualização em PICS por meio do AVASUS, de caráter introdutório e teórico, são necessários quando se pensa na etapa inicial de implementação de uma política pública, mas não suficientes. Assim, em relação ao conjunto das PIC, pode-se considerar as atividades formativas atualmente ofertadas não atendem as necessidades da formação, sendo consideradas insuficientes e difusas, principalmente pela falta de parâmetros educacionais.

Ao se omitir sobre a formação e o exercício das práticas que inclui, a PNPIC descarta o compromisso e responsabilidade social em manter um padrão público de segurança, considerando-se que a não regulamentação ou regulação “flexível”, abre espaço para a imposição ou predomínio dos interesses privados e a regulação pelo mercado. Assim, a defesa da formação profissional e normatização das PICS é uma luta pelo reconhecimento social de práticas de trabalho não hegemônicas e da necessidade de mecanismos de garantia da proteção e bem-estar público.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. . Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal;
3. Centro Gráfico, 1988.
4. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra: OMS, 2002.
5. Tesser, C. D; Luz, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
8. Vieira et al. Uma metodologia para otimizar o sistema de melhoria continuada do AVASUS com foco nas experiências do usuário. Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde, Volume 6. Número 3. 2016.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Ambiente virtual de aprendizagem do SUS – AVASUS. Disponível em: <<https://avasus.ufrn.br/>>. Acesso em: fevereiro. 2021
10. Nascimento, M. C. do et al . A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 12, p. 3595-3604, dec. 2013.
11. Luz, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p.145-76, 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 1o. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

13. OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.
14. Tarciano Filho, C. M.; Waisse, S. Novas evidências documentais para a história da homeopatia na América Latina: um estudo de caso sobre os vínculos entre Rio de Janeiro e Buenos Aires. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 779-798, Sept. 2016.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, DF: Ministério da Saúde, 1986.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, DF: Ministério da Saúde, 1996.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, DF: Ministério da Saúde, 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1600 de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006b.
19. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta paul Enferm* 2007.
20. Tesser Cd, Sousa Imc, Nascimento Mc. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate* | Rio De Janeiro, V. 42, número especial 1, P. 174-188, setembro 2018.
21. Habimorad, P.H.L; et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política
22. Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2):395-405, 2020
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria n. 853 de novembro de 2006. Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.
24. Foucault, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Revista Verve*, São Paulo, v. 18, p. 167-194, 2010.

25. Jonas, W.B; Levin, J.S. *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*. Baltimore: Lippincott, 1999.
26. Terra, R. M. Et al . Pneumotórax pós-acupuntura: apresentação clínica e tratamento. *Ver. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 53, n. 6, p. 535-538, 2007 .
27. Ernst, E. Spinal manipulation: are the benefits worth the risks? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2007.
28. Elvis, A.M; Ekta, J.S. Ozone therapy: a clinical review. *J Nat Sc Biol Med*. P. 66-70, 2011.
29. Anagha, V.S. et al. Ozone therapy: healing properties of the blue gas. *Int J Oral Health Dentistry*. p. 35-8, 2016.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
31. Oms. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Genebra: OMS, 2013.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 849 de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 633 de 28 de março de 2007. Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília, 2007
34. Girardi, S. N; Seixas, P.H. Dilemas da regulamentação profissional na saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Formação*, n 05, p. 30-43, 2002.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 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.

36. Diário Oficial da União, Brasília, 2018.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária da saúde. Portaria n. 1988 de 20 de dezembro de 2018. Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília, 2018.
38. Azevedo E, Pelicioni Mcf. Práticas Integrativas e Complementares de desafios para a educação. *Trab. Educ Saude* 2011; 9(3):361-378.
39. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(8):1732-1742
40. Christensen Mc, Barros Nf. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Rev. bras. educ. med.* 2010; 34(1):97-105.
41. Nascimento Mc, et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. educ. saúde.* 2018; 16(2):751-772.
42. Prefeitura de São Paulo. Secretarias. Saúde. Atenção Básica. Medicinas Tradicionais. [acesso em 2018 jan 26]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/medicinas_tradicionais/index.php?p=20392.
43. Almeida, L.A.N. Práticas Integrativas e Complementares em Campinas. In: Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 1o. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
44. Mor. Aoo, Tesser Cd, Min Ls. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianopolis. *Acupunct Med.* 2016; 34(6):476-481.
45. Pantoja, E. Tratamento natural serve de estágio para acadêmicos de Medicina. Governo do Estado do Amapá. 29 de março de 2017. Disponível em: https://www.portal.ap.gov.br/ler_noticia.php?slug=2903/tratamento-natural-serve-de-estagio-para-academicos-de-medicina. Acesso em: 18 de outubro de 2019.
46. Tesser Cd, Santos Mc, Silva Edc Da, Moré Aoo, Pelachini Fft, Botelho

Lj. Capacitação em auriculoterapia para profissionais do SUS de 2016-2017. REVERSE [Internet]. 9º de agosto de 2020 [citado 10º de agosto de 2020];5(Fluxo contínuo):1-18.

47. Marques, J.V. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS: um olhar sobre a formação profissional. 2020, 117 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2020.

48. Silva, Adriane das Neves et al . Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1099-1107, Apr. 2015.

Atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária: resultados de avaliação do PMAQ-AB no Rio Grande do Norte

Health care for people with chronic diseases in the context of primary care: assessment results of the PMAQ-AB in Rio Grande do Norte

Atención de salud a personas con enfermedades crónicas en el contexto de la atención primaria: resultados de la evaluación de PMAQ-AB en Rio Grande do Norte

Amanda Gabriela Araújo da Silva¹²

Ana Carine Arruda Rolim¹³

Cassia Virgínia de Souza¹⁴

Erika Mayra de Almeida Barreto¹⁵

Ricardo Andrade Bezerra¹⁶

¹² Nutricionista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Endereço postal: Escola Multicampi de Ciências Médicas. Avenida Coronel Martiniano, n. 541, Centro – Caicó – 59300000. E-mail: ag.amandagabriela@gmail.com.

¹³ Doutora em Saúde Coletiva, docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

¹⁴ Assistente Social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

¹⁵ Nutricionista, mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba.

¹⁶ Mestre em Educação Física, docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Resumo

O cenário epidemiológico brasileiro aponta que as doenças crônicas não transmissíveis são cada vez mais comuns e a atenção primária à saúde é o nível de atenção considerado alicerce para o sistema de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar as ações desenvolvidas na atenção primária para as pessoas com doenças crônicas no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, produzido a partir de dados secundários de acesso público do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2015-2017). Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e foram determinadas as frequências. Encontrou-se que apenas 36,3% das equipes de atenção básica realizam o exame do fundo de olho em pessoas com diabetes e que a ação mais executada pelas equipes após identificar usuários com obesidade é o encaminhamento para o serviço especializado (89,0%). A principal estratégia realizada pelo núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica para pessoas com doenças crônicas é a motivação e orientação para o autocuidado (98,2%). As ações analisadas mostraram-se satisfatórias, sobretudo uma melhora nos resultados quando comparado na literatura com ciclos anteriores.

Palavras-chaves: Atenção básica, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Obesidade.

Abstract

The Brazilian epidemiological scenario points out that chronic non-communicable diseases are increasingly common and primary health care is the level of care considered as the foundation for the health system. The aim of this study was to analyze the actions developed in primary care for people with chronic diseases in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. This is a descriptive, cross-sectional study of a quantitative nature, produced from secondary data of public access from the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (2015-2017). The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software and the frequencies were determined. It was found that only 36.3% of the primary care teams perform the fundus examination in people with diabetes and that the action most performed by the teams after identifying users with obesity is referral to the specialized service (89.0%). The main strategy carried out by the expanded family health and primary care center for people with chronic diseases is motivation and guidance for self-care (98.2%). The analyzed actions were shown to be satisfactory, especially an improvement in results when compared in the literature with previous cycles.

Keywords: Basic attention, Hypertension, Diabetes Mellitus, Obesity.

Resumen

El escenario epidemiológico brasileño señala que las enfermedades crónicas no transmisibles son cada vez más comunes y la atención primaria de salud es el nivel de atención considerado como la base del sistema de salud. El objetivo de este estudio fue analizar las acciones desarrolladas en la atención primaria de personas con enfermedades crónicas en el estado de Rio Grande do Norte, Brasil. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, de carácter cuantitativo, elaborado a partir de datos secundarios de acceso público del 3er ciclo del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (2015-2017). Los datos se analizaron mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y se determinaron las frecuencias. Se encontró que solo el 36,3% de los equipos de atención primaria realizan el examen de fondo de ojo en personas con diabetes y que la acción más realizada por los equipos tras identificar a los usuarios con obesidad es la derivación a un servicio especializado (89,0%). La principal estrategia llevada a cabo por el centro ampliado de salud familiar y atención primaria para personas con enfermedades crónicas es la motivación y orientación para el autocuidado (98,2%). Las acciones analizadas demostraron ser satisfactorias, especialmente una mejora en los resultados cuando se comparan en la literatura con ciclos anteriores.

Palabras clave: Atención básica, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Obesidad.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o perfil de morbidade e mortalidade tem sofrido alterações ao longo dos anos e os processos de transição demográfica e epidemiológica têm resultado na formação de grupos populacionais com características peculiares e específicas, a exemplo dos novos problemas ligados ao processo de envelhecimento¹. Este cenário tem relação com o processo de redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida da população brasileira e hábitos de vida inadequados desde a infância, contribuindo para que o cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) fosse cada vez mais comum, trazendo novos desafios para o sistema de saúde e demandando aprimoramento das ações de prevenção e assistência^{1,2}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as DCNT sejam responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016³. No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, sendo responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes⁴. É pertinente destacar que a Hipertensão

Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes Mellitus (DM) e a obesidade estão entre as principais causas de morbimortalidade dessas doenças⁴.

Na Região Nordeste há significativos aumentos das taxas de mortalidade referentes a complicações crônicas, que podem estar associados às características epidemiológicas e perfil de acesso e serviços de saúde diferente das outras regiões⁵. Mesmo em locais com alta cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) na região Nordeste, percebe-se a presença de altas concentrações de taxas de mortalidade e internação por HAS e DM⁶.

A APS é considerada porta inicial e preferencial para entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e, quando bem organizada, tem a capacidade de solucionar cerca de 80% dos problemas e necessidades de saúde da população⁷. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) as ações da atenção primária à saúde englobam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo⁸, apresentando nos últimos anos ampliação do escopo de ações ofertadas⁷⁻⁹.

Em virtude do aumento do acesso à APS, em 2011, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) implementou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que consiste em um programa gerencial que tem em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para a melhoria da qualidade nos serviços da APS⁹. O PMAQ-AB tem sido considerado uma importante fonte de informações do panorama da APS no Brasil e têm orientado muitos estados e municípios quanto às ações de saúde com base na realidade apresentada¹⁰.

Portanto, considerando a importância de avaliar e monitorar as ações de saúde na APS, sendo ela o alicerce para a efetividade de ações e o bom funcionamento do sistema de saúde, este estudo tem como objetivo descrever as ações de atenção à saúde desenvolvidas na Atenção Primária às pessoas com doenças crônicas do estado do Rio Grande do Norte (RN), com base na

avaliação externa do 3º ciclo PMAQ-AB (2015-2017), a partir das entrevistas realizadas com profissionais da equipe de Atenção Básica e do NASF-AB.

2 METODOLOGIA

2.1 Coleta de dados

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, realizada a partir de dados secundários de acesso público da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB (2015-2017) disponíveis no sítio eletrônico do antigo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), atual Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), publicados em junho de 2019. A avaliação externa foi realizada pelo DAB em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país, contratadas pelo Ministério da Saúde (MS) para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

Foram utilizados os dados das entrevistas realizadas com profissionais de saúde das Equipes de Atenção Básica (eAB) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do estado do Rio Grande do Norte (RN). As variáveis selecionadas para estudo estão relacionadas à investigação de manejo das doenças crônicas na APS. A avaliação externa do Programa considerou informações e comprovação de documentos referente aos últimos seis meses na coleta de dados, realizada no ano de 2017.

Quanto à avaliação pelos profissionais da equipe de Atenção básica, no contexto da atenção às pessoas com doenças crônicas, este estudo se refere às seguintes dimensões “Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica”; “Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus” e “Atenção à Pessoa com Obesidade”, já em relação à entrevista com o profissional do NASF-AB selecionou-se o segmento referente às “Ações específicas para o cuidado integral – Abordagem de pessoas com doenças crônicas”. Trata-se de questões

objetivas, cujas respostas podiam ser classificadas em “sim”, “não”, ou “não se aplica / não sabe/ não respondeu”.

2.2 Análise dos dados

Após extrair os dados sobre o PMAQ-AB no Portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), foi utilizado o Microsoft Excel para seleção dos dados do estado do Rio Grande do Norte e os referentes às questões sobre doenças crônicas das entrevistas com os profissionais de saúde das equipes AB e NASF-AB. Após a utilização do Excel, os dados foram transferidos para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23, onde foram realizados os cálculos das frequências absolutas e relativas de respostas para as variáveis escolhidas. As variáveis assumem valores de Sim (1), Não (2), e Não Se Aplica (998) e são apresentadas em porcentagem e em números absolutos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No 3º ciclo do PMAQ-AB, no Rio Grande do Norte, responderam referente ao processo de trabalho na Atenção Básica um total de 1.033 profissionais representantes de equipes AB, e 160 profissionais do NASF-AB. O principal profissional respondente das eAB foi o enfermeiro (93,3%) e das equipes de NASF-AB foram nutricionistas (30,1%).

3.1 Atenção à saúde das equipes de Atenção Básica

As tabelas 1 e 2 apresentam os resultados das análises das entrevistas realizadas com os profissionais da eAB sobre atenção às pessoas com HAS e DM, respectivamente, no Rio Grande do Norte, relacionadas ao acesso e a qualidade da atenção às pessoas com doenças crônicas.

Tabela 1. Análise da entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com HAS (n= 1.033).

Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão?	100 (1033)	0 (0)	0 (0)
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	96,6 (998)	4,4 (45)	0 (0)
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	99,2 (1025)	0,8 (8)	0 (0)
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	98,8 (1021)	1,2 (12)	0 (0)
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?	97,7 (1009)	2,3 (24)	0 (0)
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	98,4 (1016)	1,6 (17)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	85,2 (880)	7,7 (80)	7,1 (73)
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	88,0 (909)	12 (124)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	78,3 (809)	8,4 (87)	13,3 (137)

Fonte: Avaliação Externa do 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

Tabela 2. Análise da entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com DM (n= 1.033).

Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus	Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)
A equipe realiza consulta para pessoas com diabetes?	100 (1033)	0 (0)	0 (0)
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?	96,4 (996)	3,6 (37)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	85,7 (885)	7,0 (72)	7,3 (76)
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus?	98,1 (1013)	1,9 (20)	0 (0)
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	88,1 (910)	11,9 (123)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	78,9 (815)	7,6 (78)	13,5% (140)
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	97,4 (1006)	2,6 (27)	0 (0)
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	86,0 (888)	14,0 (145)	0 (0)
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?	36,3 (375)	63,7 (658)	0 (0)

Fonte: Avaliação Externa do 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

É possível observar que todas as eAB do Rio Grande do Norte avaliadas (100%) realizam consulta para pessoas com hipertensão e com diabetes, e desses 99,2% relataram avaliar a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovasculares dos usuários hipertensos. Entretanto, o registro e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e com diabetes mellitus são considerados padrões de alcance obrigatório que condicionam a

permanência no Programa⁹, o que justifica a alta frequência observada nesse estudo.

Em virtude da mudança no perfil de morbimortalidade do brasileiro, em 2002 foi criado o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, denominado Hiperdia, o qual constitui um programa que objetiva diminuir os agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde¹¹.

A literatura tem apontado a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) como atributo relevante na organização de sistemas de saúde, para prover melhorias na prestação do cuidado em termos de acesso, qualidade e continuidade da atenção, seja integrando serviços e ações entre diferentes níveis, seja no interior de um mesmo nível do sistema de saúde⁷. Portanto, verifica-se um papel fundamental das ESF na realização de ações de prevenção e controle de agravos, cabendo-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços necessários^{8,11}.

O Nordeste é a região do país em que o acesso às consultas de pessoas com diabetes na atenção primária em qualquer dia a horário durante o funcionamento apresenta menor prevalência (39,2%), enquanto a média no Brasil é 56%¹³. Entretanto, o estado do Rio Grande do Norte é destaque no 3º ciclo do PMAQ, como o que apresenta maior porcentagem de realização de busca ativa dos usuários faltosos nos atendimentos, da região Nordeste do Brasil⁶.

A ordenação do SUS por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), com adoção e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como um dos objetivos a garantia da universalidade do acesso, entendido como a capacidade multidimensional dos serviços e sistemas de saúde de dar uma resposta resolutiva às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários,

configurando-se assim como um dos pré-requisitos essenciais e parte constituinte de/para construção da atenção à saúde com qualidade¹⁴. No entanto, enfatiza-se que, além da ampliação da cobertura das ações e serviços é necessário também enfrentamento dos desafios relacionados aos modos como as equipes produzem ações de saúde e às questões de gestão de trabalho¹⁴.

A programação da equipe de consultas e exames para pessoas com HAS (98,4%) e para pessoas com DM (97,4%), em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado, apresentaram nesse estudo valores maiores ao observado em dados do PMAQ sobre a região Nordeste do Brasil, em que a programação de consultas para pessoas com hipertensão e diabetes no 1º ciclo do PMAQ (2011-2012) foi de 81,5% e 80,9% respectivamente, e no 2º ciclo (2013-2014) de 85,3% e 84,9% respectivamente⁶.

Verifica-se uma crescente, ao longo dos anos na programação de atendimentos às pessoas com DCNT. O alicerçar da APS nos últimos anos representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Esse avanço concerne à ampliação na abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016⁹.

A respeito da coordenação e acompanhamentos dos usuários com HAS e DM que estão na fila de espera e que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção foi referido ser realizado por 88% das equipes, frequência observada superior ao analisado em estudo do 1º ciclo do PMAQ, em que a coordenação de lista de espera de usuários com DM foi relatada ser feita por apenas 51,6% das equipes no Brasil¹³.

Ressalta-se que a Atenção Primária constitui como parte e coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ordenadora do cuidado, nesse sentido é imprescindível que esta ocupe o papel de resolução da maior parte dos problemas de saúde de uma população, bem como o

ordenamento de fluxos e contrafluxos dos usuários no sistema e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer pontos da rede de serviços^{8,14}, embora se reconheça existir diversas dificuldades em superar o modelo de atenção primária seletiva em que focava um número limitado de serviços, na qual estruturamos a atenção primária durante muitos anos¹⁴.

Sabe-se que a ampliação do escopo de ações e a organização da agenda da APS precisa considerar as singularidades individuais e coletivas, todavia deve-se também haver cautela, uma vez que o discurso pela ampliação da resolubilidade da APS pode acarretar priorização de práticas curativistas e ampliação da oferta de ações com menor custo e com equipes reduzidas, pode levar à sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores e, conseqüentemente, a prejuízos no cuidado à saúde¹⁵. Ressaltamos, assim, a importância de uma organização dos processos de trabalho em que a APS possa responder as necessidades dos usuários com condições crônicas.

Um estudo desenvolvido em Sobral-Ceará, a respeito da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na APS, observou um interesse e investimento da gestão da atenção em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas da população, destacando aspectos positivos no desenvolvimento de estratégias de organização e gestão do cuidado, como a instituição de Protocolos com diretrizes para triagem, diagnóstico e tratamento da HAS e DM, a estratificação de Risco da HAS e DM e o desenvolvimento de processos de educação permanente dos trabalhadores do sistema¹⁶.

Ademais, o registro de documentos que comprovem os usuários com HAS e/ou de usuários com DM com maior risco/gravidade é presente em 85,2% das equipes. Sobre o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção, essa frequência é de 78,3% e 78,9% para usuários com hipertensão e para diabetes, respectivamente. Em estudo sobre o registro dos usuários com DM com maior risco no 1º ciclo do PMAQ, essa frequência era aproximadamente em 57%¹³ e baixas frequências sobre presença de registros

também foi observada no estado da Paraíba, em que apenas 25% das equipes possuíam registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção, em estudo do 1º ciclo do PMAQ¹⁷. Ressalta-se que a APS tem o papel de desenvolver a gestão do cuidado, tendo como foco uma unidade bem como a trajetória do usuário/paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que permite delinear objetivos concretos, direcionar as ações de forma eficiente e efetiva, contribuir no desenho da qualidade da organização do sistema de saúde e implicam na continuidade da atenção.

Manter os registros de casos mais graves, agendar consultas e exames por estratificação de casos, coordenar e acompanhar os usuários na rede de saúde está entre os atributos das APS, e essas ações envolvem aspectos administrativos e organizacionais, e são de responsabilidade de toda a equipe, sendo importante apoio e supervisão da gestão municipal^{8,18}, uma vez que as ações da gestão municipal da saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão inter-relacionadas e são fundamentais para que a atenção às pessoas seja resolutiva¹⁸.

Alguns dados quanto à atenção à saúde das pessoas com diabetes podem ser considerados preocupantes, a exemplo o que diz respeito à realização do exame periodicamente do pé diabético nos usuários, referido por 86,0% das equipes. Tomasi e colaboradores¹³ verificaram que no Brasil 60,1% das equipes de atenção primária referiram realizar este exame, e essa baixa prevalência também é relatada por idosos brasileiros¹⁹. Dados de estudo multicêntricos mostram que apenas 58% dos pacientes com DM tipo 2 atendidos em centros especializados e não especializados tiveram registro de exame dos pés efetuado no ano anterior no Brasil²⁰. Pesquisa *on-line* no *site* da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), em 2005, constatou que 65% de 311 internautas nunca haviam tido os pés examinados²¹.

A inquietude quanto ao assunto refere-se ao fato de que o pé diabético está entre as complicações mais frequentes do Diabetes *Mellitus* e suas

consequências podem ser dramática para a vida do indivíduo, desde feridas crônicas e infecções até amputações de membros inferiores²².

O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações do pé diabético, sendo a Atenção Primária o local ideal para o acompanhamento integral da pessoa com DM, por ser o nível de atenção mais próximo da população²², além disso, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda que a periodicidade dos exames dos pés deva ser no mínimo anual, enquanto houver ausência da perda de sensibilidade protetora, e deve haver treinamento de outros profissionais de saúde, além dos médicos, para a aplicação das técnicas de rastreamento e diagnóstico de Polineuropatia Diabética (PND) e Úlcera de Pé Diabético (UPD), visando à identificação do risco de ulceração²¹.

A realização do exame do fundo de olho periodicamente foi verificado em apenas 36,3% das equipes avaliadas no estado do RN, inferior à média de estudos brasileiros (45,5%) do 1º ciclo do PMAQ-AB¹³, e ao estudo multicêntrico no Brasil, em que 49% dos pacientes com DM2 realizaram o exame de fundoscopia no ano anterior²⁰. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes a retinopatia é uma complicação comum no paciente com diabetes de longa evolução e mais grave naqueles com mau controle da doença, desse modo é importante o rastreio sistemático e precoce dessa complicação podendo evitar a evolução para a cegueira diabética, que é irreversível²¹.

A realização do exame de fundo de olho na Atenção Primária tem apresentado resultados controversos em alguns estudos, todavia, a literatura assegura que quando há o fornecimento de protocolos de triagem e parâmetros de acompanhamento adequados pode-se permitir que os médicos da APS executem de forma confiável o exame em indivíduos com diabetes²³, além disso, defende-se que tal medida permite maior acesso ao serviço para a grande maioria da população e contribui para reduzir a carga de trabalho dos hospitais terciários²³.

O Ministério da Saúde esclarece que os exames de fundoscopia e exame pés estão inseridos em cuidados clínicos que as equipes de saúde devem oferecer, bem como orientação sobre cuidar dos pés para todas as pessoas com diabetes, com o propósito de alcançar o máximo de cobertura, incentivando o autocuidado e educação em saúde^{11,18}. Incluir esses exames na rotina de acompanhamento das pessoas com DM é necessário para prevenção das complicações associadas à doença e à manutenção da qualidade de vida das pessoas com DM. Na impossibilidade do exame fundo de olho ser realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), deve ser encaminhada para que seja realizada em outro nível de atenção¹⁸.

A tabela 3 mostra o resultado das entrevistas realizadas com os profissionais da eAB sobre a atenção às pessoas com obesidade, no Rio Grande do Norte, com ênfase no acesso e qualidade da atenção à saúde.

Tabela 3. Análise da entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com obesidade (n= 1.033).

Atenção à Pessoa com Obesidade	Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	99,7 (1030)	0,3 (3)	0 (0)
Após a identificação de usuários com obesidade IMC(\geq 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	98,2 (1014)	1,5 (16)	0,3 (3)
<input type="checkbox"/> Oferta ações voltadas à atividade física?	77,3 (798)	20,9 (216)	1,8 (19)
<input type="checkbox"/> Quais dessas ações a equipe realiza?			
<input type="checkbox"/> Oferta ações voltadas à alimentação saudável?	85,4 (882)	12,8 (132)	1,8 (19)
<input type="checkbox"/> Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS?	83,3 (860)	14,9 (154)	1,8 (19)

Encaminha para serviço especializado?	89,0 (919)	9,2 (95)	1,8 (19)
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso?	68,9 (711)	29,3 (303)	1,8 (19)
Nenhuma das anteriores?	0,1 (1)	98,1 (1013)	1,8 (19)

Fonte: Autoria própria

Verifica-se que 99,7% das equipes realizam avaliação antropométrica dos usuários atendidos. O Índice de Massa Corporal (IMC) é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal, é simples, prático, de baixo custo, sendo considerado um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal, podendo apresentar diferenças em função do sexo, idade, etnia, presença de edema, além de diferença na composição de indivíduos sedentários quando comparados a atletas²⁴.

Das equipes do RN avaliadas, 98,2% realizam alguma ação a partir do diagnóstico de obesidade dos usuários, e entre as ações analisadas nesse estudo, a mais realizada pela equipe é o encaminhamento para o serviço especializado (89,0%), enquanto 83,3% acionam a equipe de Apoio Matricial para apoiar o acompanhamento deste usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS). Este fato pode denotar a uma fragilidade na organização da Atenção Primária à Saúde, pois quando estrutura-se e opera de forma qualificada, a resolutividade tende a ser mais elevada, aliviando as demandas para os serviços especializados, que na maioria das vezes são responsáveis pelo congestionamento do sistema²⁵.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, por profissionais com profissões e especialidades diferentes daquelas das equipes apoiadas, e requer compartilhamento dos saberes entre os envolvidos no

processo²⁶. Esse apoio propõe alterar a lógica do encaminhamento realizado de maneira acrítica para uma lógica da responsabilização territorial, assegurando retaguarda especializada, bem como a ampliação da resolutividade²⁶.

Observa-se, ainda, que 85,4% e 77,3% das equipes ofertam, respectivamente, ações voltadas para alimentação saudável e para atividade física. Esses valores são superiores a resultados da média brasileira, em que 71,7% realizam ações sobre alimentação e 61,0% realizavam ações voltadas a atividades físicas²⁷. Entretanto, apenas 68,9% das equipes do RN avaliadas referiram ofertar grupo de educação em saúde para pessoas que desejam perder peso. Tais resultados corroboram com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB do Nordeste, no qual a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionando para prevenção e tratamento das DCNT foi referido por 67,1% das equipes avaliadas⁶ e com estudo de dados do 1º ciclo, em que no Brasil cerca de 70% das equipes referiram realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças crônicas²⁷.

Nesse contexto, a Diretriz Brasileira de Obesidade (2016) atesta que o tratamento dietético para obesidade é mais bem sucedido quando aliado a um programa de modificação comportamental que envolva aumento no gasto energético, promovendo um balanço energético negativo, além disso, para o sucesso do tratamento é importante orientações que provoquem mudanças no estilo de vida por toda a vida²⁴.

É fato que a prevenção e o tratamento da obesidade tem sido desafiador para os sistemas de saúde, uma vez que, o sucesso das ações requer qualificação profissional, apoio da gestão, atividades de educação permanente, processos criativos, práticas inovadoras e humanizadas e integração entre os diversos atores, inclusive de outros setores para além da saúde²⁸.

4 ATENÇÃO À SAÚDE DAS EQUIPES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

A tabela 4 apresenta o resultado das entrevistas realizadas com profissionais do NASF-AB do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária à saúde.

Tabela 4. Análise da entrevista com o profissional do NASF do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com doenças crônicas (n= 160).

Ações específicas para o cuidado integral – Abordagem de pessoas com doenças crônicas		Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)
O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?		98,8 (158)	1,2 (2)	0 (0)
Tais estratégias envolvem:	Promoção da adesão do usuário ao cuidado longitudinal	85,0 (136)	13,8 (22)	1,2 (2)
	Incentivo para a adesão do usuário ao tratamento farmacoterapêutico	88,8 (142)	10,0 (16)	1,2 (2)
	Suporte aos familiares/ cuidadores de pessoas com doenças crônicas	96,9 (155)	1,9 (3)	1,2 (2)
	Motivação e orientação para o autocuidado	98,2 (157)	0,6 (1)	1,2 (2)
O NASF realiza atendimento de usuários com condições que exijam cuidado intensivo? (Sim/Não)		93,1 (149)	6,9 (11)	0 (0)

Fonte: Autoria própria

Observa-se que nesse estudo 98,8% das equipes de NASF-AB apoiam e desenvolvem com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas. As principais estratégias realizadas foram motivação e orientação para o autocuidado (98,2%) e suporte aos familiares e cuidadores de pessoas com doenças crônicas (96,9%). Enquanto que, para ações de promoção de adesão do usuário ao cuidado longitudinal esse valor é reduzido para 85,0%, e incentivo para adesão ao tratamento farmacoterapêutico do usuário para 88,8%.

Um trabalho realizado com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB apresenta que 96,4% das equipes de NASF-AB no Rio Grande do Norte relataram realizar tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e

nutrição; 68,9% adotam estratégias para incentivar a adesão ao tratamento farmacoterapêutico e 65,5% realizam monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção²⁹. Dessa forma, é possível identificar melhores resultados das ações das equipes do NASF-AB no estado do RN no 3º ciclo do PMAQ-AB quando comparado aos resultados do 2º ciclo.

A criação, em janeiro de 2008, dos NASF-AB foi uma importante iniciativa, visto que, os referidos núcleos permitem as discussões de casos clínicos por atuarem de forma integrada com as equipes da APS³⁰. Conforme a nova PNAB⁸ o NASF-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico⁸.

No contexto da APS, o NASF-AB tem como papel qualificar e complementar o trabalho da equipe de saúde da família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, com a proposta de realizar a clínica ampliada, para não reduzir o usuário a recortes de diagnósticos, mas como uma ferramenta de enxergar além da clínica³¹.

Equipes que receberam apoio matricial têm melhor desempenho no PMAQ-AB, o que evidencia a importância do apoio matricial na qualificação da atenção primária e corroboram com estudos que apontam que o apoiador matricial agrega recursos de saber e potencializa a capacidade resolutiva das equipes, além de propiciar o exercício interdisciplinar no alcance da atenção integral³².

Nessa lógica é necessário refletir sobre a importância equipes de NASF-AB nos municípios, considerado que as DCNT são demandas de saúde crescente na atualidade e que os olhares de profissionais de diversas especialidades colaboram na atenção a saúde integral das pessoas²⁹.

A nova PNAB, publicada em 2017, traz agregações em suas normativas que podem causar prejuízo no processo de trabalho e na assistência plena aos usuários no território, como exemplo a introdução dos conceitos de 'padrão essencial' e 'padrão ampliado' na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento; cargas horárias mínimas das equipes de atenção básica de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição, com indicação de novo financiamento de custeio⁸.

Mesmo com os avanços no cumprimento dos atributos da APS no SUS, a persistência de barreiras, especialmente de acesso (processo de busca e utilização dos serviços de saúde), se coloca como um desafio ainda a ser superado. Neste estudo observa-se resultados satisfatórios em relação ao acesso de pessoas com doenças crônicas aos serviços na APS do Rio Grande do Norte, todavia, a baixa frequência de realização do exame de fundo de olho para pessoas com DM e de oferta de grupos para pessoas que desejam perder peso pode representar barreiras na qualidade da atenção às pessoas com doenças crônicas.

Nesse cenário, o PMAQ-AB é considerado pelo MS como uma das principais estratégias indutoras da qualidade e possui a proposta de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente³³. O Programa é uma das maiores iniciativas mundiais para melhorar o desempenho da atenção primária³⁴ e tem ocupado um lugar estratégico para o monitoramento de ações desenvolvidas e para orientar o processo de trabalho às noções de qualidade nos serviços de saúde, como um resultado a ser alcançado¹⁰. Apesar da sua importância, é importante ressaltar que não está sendo garantida a continuidade do PMAQ-AB, visto que, outros ciclos de avaliações ainda não estão acontecendo no Brasil.

Os municípios e as equipes de saúde aderem voluntariamente ao PMAQ-AB e pode ter havido uma tendência de apresentar os melhores serviços, uma vez que, os profissionais de saúde estavam cientes da avaliação e

tiveram acesso a seus instrumentos de antemão, e isso pode ter influenciado suas respostas, indicando indução de boas práticas. Além disso, deve-se considerar que o incremento no instrumento de avaliação do PMAQ-AB de mais questões sobre atenção às pessoas com doenças crônicas, principalmente que extrapolem simples respostas como “SIM” e “NÃO”, permitiria uma avaliação mais aprofundada sobre o processo de trabalho das equipes. Considera-se, ademais, a importância de realizar estudos que avaliem as equipes que não participaram do PMAQ-AB, de forma a melhor esclarecer sobre o manejo para DCNT na nesse nível de atenção à saúde.

O PMAQ-AB vem contribuindo para maior qualidade no registro de informações, uma vez que as equipes de saúde consideram que o programa as estimulou a registrar as atividades que realizavam e que isto ajudou na qualificação no processo de trabalho da equipe³⁵. Além disso, o PMAQ-AB adotou como estratégia a indução financeira com repasse de recursos vinculados ao desempenho das equipes, conforme as equipes atendem aos padrões especificados no programa⁹. O incentivo financeiro do programa é analisado como fator negativo por alguns autores, por gerar um cenário de disputa entre as equipes e desvio de atenção para o subfinanciamento crônico do SUS^{10,36}.

Os resultados deste trabalho demonstram a partir de análise de dados do PMAQ-AB considerações relevantes sobre o processo de trabalho, das AB e equipes NASF-AB, voltado para o enfrentamento de DCNT no Rio Grande do Norte, provocando reflexões sobre como tem se dado a oferta de ações e serviços na Atenção Primária e a necessidade de desenvolver uma atenção à saúde de qualidade, a partir de um trabalho integrado, multiprofissional, interdisciplinar e longitudinal, para a população.

Nessa perspectiva, estudos que realizem diagnóstico sobre atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas e sobre o manejo dos fatores de risco associados são considerados relevantes, por envolver políticas de saúde recentes e em aprimoramento, lidar com problemas de saúde pública e levantar

questões reflexivas sobre práticas de saúde na APS. Finalmente, a avaliação dos processos de trabalho das equipes que atuam na APS é fundamental para que se possa avançar na garantia do acesso universal, integral e melhoria do próprio trabalho, de modo a contribuir para uma Atenção Básica mais resolutiva e coordenadora do cuidado, em consoante ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

5 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma visão abrangente em relação ao acesso e a qualidade dos serviços ofertados às pessoas com doenças crônicas, considerado análises das entrevistas de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), da eAB bem como do NASF-AB, do Rio Grande do Norte, a partir de dados publicados recentemente do 3º ciclo do PMAQ-AB. As ações na APS analisadas sobre atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no estado do RN mostraram-se satisfatórias, especificamente das condições que trata esse estudo: HAS, DM e obesidade, sobretudo uma melhora nos resultados quando comparado na literatura com dados de ciclos anteriores.

REFERÊNCIAS

1. Pereira RA, Souza RAA, Vale J de S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. Rev Científica da Fac Educ e Meio Ambient. 2015;6(1):99–108.
2. Brasil. Saúde Brasil 2018 Uma análise da situação de saúde das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Saúde M da, editor. Ministério da Saúde. 2019.
3. WHO. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2016. World Heal Organ. 2018.
4. WHO. NONCOMMUNICABLE DISEASES Country profiles 2018. World Heal Organ. 2018.
5. Guimarães RM, Andrade SSC de, Araújo, Machado EL, Bahia CA,

- Oliveira MM De, et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil , 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(2):83–9.
6. Lopes M da S. Avaliação da morbidade e mortalidade por doenças crônicas: um estudo com foco no PMAQ-AB. Diss Mestr em Saúde Coletiva da Univ Fed do Rio Gd do Norte. 2018;99 f.
 7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. *Organ Pan-Americana da Saude*. 2012.
 8. Brasil. Portaria nº2436 de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 2017.
 9. Brasil. Portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015 - Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ministério da Saúde. 2015.
 10. Rolim ACA. Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: considerações sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Tese doutorado - Univ Estadual Campinas, Fac Ciências Médicas. 2018.
 11. BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. 2011;1–160.
 12. Aleluia IRS, Medina MG, De Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação docença primária à saúde: Estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1845–56.
 13. Aleluia IRS, Medina MG, De Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação docença primária à saúde: Estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1845–56.
 14. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Organ Pan-Americana da Saude. 2º edição. 2011.

15. de Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDDA, Finkler M. Modes of care production and universal access – an analysis of federal guidance on the work of primary healthcare teams in Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(5):1751–64.
16. Ribeiro MA, Napoleão Albuquerque IM, Cunha ICKO, Mayorga FD de O, Ximenes Neto FRG, Silveira NC. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. *Aps Em Rev*. 2019;1(1):29–38.
17. Protasio APL, Silva PB da, Lima EC de, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014;38(special):209–20.
18. Borges D de B, Lacerda JT de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):162–78.
19. CONASS. CONASS DEBATE: A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde brasileiros. CONASS - Cons Nac Secretários Saúde. 1º edição. 2014.
20. Gomes M de B, Gianella D, Faria M, Tambascia M, Fonseca RM, Réa R, et al. Prevalence of Type 2 Diabetic Patients Within the Targets of Care Guidelines in Daily Clinical Practice: A Multi-Center Study in Brazil. *Rev Diabet Stud*. 2006;3(2):82–7.
21. Brasil. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. Clannad, editor. Soc Bras Diabetes. 2017.
22. Brasil. Manual do Pé Diabético: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde. 1º edição. 2016.
23. Verma L, Prakash G, Tewari HK, Gupta SK, Murthy GVS, Sharma N. Screening for diabetic retinopathy by non-ophthalmologists: An effective public health tool. *Acta Ophthalmol Scand*. 2003;81(4):373–7.
24. Brasil. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. ABESO - Assoc Bras para o Estud da Obesidade e da Síndrome Metbólica. 4º Edição. 2016.
25. Soder R, Oliveira IC, Da Silva LAA, Santos JLG, Peiter CC, Erdmann AL. Desafios Da Gestão Do Cuidado Na Atenção Básica: Perspectiva Da Equipe De Enfermagem. *Enferm em Foco*. 2018;9(3):76–80.

26. Oliveira MM de, Campos GW de S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(2):187–206.
27. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA Da, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde em Debate*. 2014;38(especial):69–82.
28. Brasil. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Saúde M da, Saúde OP-A da, editors. Ministério da Saúde 1º edição. 2014.
29. Seus TLC, Silveira DS da, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família : promoção da saúde , atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2019;28(2):1–14.
30. Brasil. Portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde. 2008.
31. Nascimento DDG, Oliveira MA de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):92–6.
32. Chaves LA, Jorge ADO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MADC, Santos ADF, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: Análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saude Publica*. 2018;34(2):1–16.
33. Brasil. Portaria N° 1654, de 19 de julho de 2011. Ministério da Saúde. 2011.
34. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Foreword introduction to the special edition on the brazilian national program to improve primary care access and quality (PMAQ). *J Ambul Care Manage*. 2017;40(2):S1–3.
35. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate*. 2018;42:408–19.
36. Mota RR de A, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: Questões a problematizar. *Rev Enferm*.

Atenção básica e tratamento precoce contra a Covid-19 no Brasil: desorganização do SUS, charlatanismo e negacionismo

Basic care and early treatment against Covid-19 in Brazil: disorganization of the SUS, quackery and denial

Atención básica y tratamiento temprano para Covid-19 en Brasil: desorganización del SUS, charlatanería y negación

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima¹⁷

Danielle Ribeiro de Moraes¹⁸

Resumo

Neste artigo discute-se o uso do denominado "tratamento precoce" contra a Covid-19 durante o primeiro ano da pandemia no Brasil. Este procedimento é analisado no contexto da crise da atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS. É nele que emerge o charlatanismo engajado, que ignora e despreza as evidências científicas e as boas práticas terapêuticas. A discussão inicia com o destaque da desorganização deliberada da atenção básica do SUS feita pelo governo federal de Jair Bolsonaro. É durante este processo que a pandemia chega. Entre os efeitos da ação bolsonarista está a desmobilização das equipes de saúde da família. Assim, a orientação do Ministério da Saúde foca apenas no isolamento social e na terapia dos casos graves em hospitais e nas unidades de terapia intensiva. Na evolução da pandemia cria-se conflito artificial entre proteção da saúde e retomada da produção. Na medida em que a pandemia avança, evidencia-se a lacuna da atenção básica. É neste espaço que surgem usos de medicamentos "fora da bula", destacando a cloroquina, a azitromicina e a ivermectina. Deve-se que parcela importante da corporação médica e de suas entidades adere à tese bolsonarista. Finalmente, inclui-se a defesa do

¹⁷ Email: clovismlima@gmail.com

¹⁸ Email: arq.drm@gmail.com

"tratamento precoce" por Bolsonaro como parte da sua estratégia de polarização política e mobilização da sua base social em torno de notícias fraudulentas e da negação da ciência. A retórica bolsonarista tem a função específica de desprezar a doença e necessidade de medidas de prevenção, o que contribui para aumentar a incidência e a letalidade.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article discusses the use of the so-called "early treatment" against Covid-19 during the first year of the pandemic in Brazil. This procedure is analyzed in the context of the crisis in primary care of the Unified Health System - SUS. It is there that the engaged charlatanism emerges, which ignores and despises scientific evidence and good therapeutic practices. The discussion begins with the highlight of the deliberate disorganization of primary care in SUS carried out by the federal government of Jair Bolsonaro. It is during this process that the pandemic arrives. Among the effects of the bolsonarista action is the demobilization of the family health teams. Thus, the guidance of the Ministry of Health focuses only on social isolation and the treatment of serious cases in hospitals and intensive care units. The evolution of the pandemic creates an artificial conflict between health protection and resumption of production. As the pandemic progresses, the primary care gap becomes evident. It is in this space that uses of medicines "out of the package" arise, highlighting chloroquine, azithromycin and ivermectin. It is due that an important portion of the medical corporation and its entities adhere to the Bolsonarist thesis. Finally, Bolsonaro's defense of "early treatment" is included as part of his strategy of political polarization and mobilization of his social base around fraudulent news and the denial of science. Bolsonarist rhetoric has the specific function of neglecting the disease and the need for preventive measures, which contributes to increasing the incidence and lethality.

Keywords: Coronavirus infections, Primary Health Care, Unified Health System.

Resumen

Este artículo analiza el uso del llamado "tratamiento temprano" contra Covid-19 durante el primer año de la pandemia en Brasil. Este procedimiento se analiza en el contexto de la crisis en la atención primaria del Sistema Único de Salud - SUS. Es allí donde surge la charlatanería comprometida, que ignora y desprecia la evidencia científica y las buenas prácticas terapéuticas. La discusión comienza con el destaque de la desorganización deliberada de la atención primaria en el SUS llevada a cabo por el gobierno federal de Jair Bolsonaro. Es durante este proceso que llega la pandemia. Entre los efectos de

la acción bolsonarista está la desmovilización de los equipos de salud familiar. Así, la orientación del Ministerio de Salud se centra únicamente en el aislamiento social y la terapia de casos graves en hospitales y unidades de cuidados intensivos. La evolución de la pandemia crea un conflicto artificial entre la protección de la salud y la reanudación de la producción. A medida que avanza la pandemia, la brecha en la atención primaria se hace evidente. Es en este espacio donde surgen usos de medicamentos "out of the package", destacando la cloroquina, azitromicina e ivermectina. Finalmente, la defensa de Bolsonaro del "tratamiento temprano" se incluye como parte de su estrategia de polarización política y movilización de su base social en torno a noticias fraudulentas y la negación de la ciencia. La retórica bolsonarista tiene la función específica de descuidar la enfermedad y la necesidad de medidas preventivas, lo que contribuye a incrementar la incidencia y letalidad.

Palavras clave: Infecciones por coronavirus, Atención Primaria de Salud, Sistema Único de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 no Brasil trouxe consigo uma epidemia de controvérsias, não apenas pela novidade da doença, mas também pela disseminação intencional de informações fraudulentas. Os grandes eixos de discussão são: as medidas gerais de prevenção, os tratamentos em diferentes níveis de gravidade e de complexidade, e o desenvolvimento de vacinas e da vacinação.

Uma das controvérsias importantes no Brasil é a recomendação de medicamentos contra a Covid-19. A gravidade da nova doença desencadeou uma onda de usos "fora da bula". Contudo, o tempo se encarregou de decantar estas iniciativas em termos de eficácia e de segurança.

No Brasil, a recomendação do uso do antimalárico cloroquina é emblema destes usos "fora da bula". No momento em que se criou o falso dilema em isolamento domiciliar e volta da atividade econômica, o governo brasileiro se agarrou nesta possibilidade, então incipiente, como uma panaceia que reduziria a gravidade da doença entre os infectados pelo SARS-COV-2.

Deve-se mencionar que esta proposição de uso emergencial de medicamentos também encontra eco entre profissionais de saúde,

especialmente médicos vinculados ao poder e ao dinheiro. O uso com prescrição médica se amplia no Brasil. Além disso, o uso "fora da bula" se estende a outras drogas, particularmente o antibiótico azitromicina e o antiparasitário ivermectina.

O governo federal brasileiro busca por todos os meios divulgar e impor o uso dos três remédios, particularmente dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Este esforço cresce dentro da sua defesa da "retomada da economia", ora minimizando a gravidade da pandemia, ora criticando de modo contundente as medidas de prevenção.

Obviamente se cria uma forte oposição à política de saúde do governo federal, que quer que as ações do SUS tenham por base as melhores práticas e as evidências científicas. Esta oposição gera tensões e conflitos, que aumentam à medida que a literatura médica científica internacional desqualifica reiteradamente o uso de cloroquina, ivermectina e azitromicina contra a Covid-19.

Não se deve esquecer que, pouco antes do início da pandemia no primeiro semestre de 2020, o governo federal avançou contra a atenção básica no SUS.¹ Por um lado, fez uma propaganda ofensiva contra as equipes de saúde da família, e demitiu 10 mil médicos estrangeiros do programa "Mais Médicos" que estavam trabalhando em pequenos municípios e nas periferias urbanas.²

Por outro lado, mudou as características da transferência de recursos para os municípios executarem a atenção básica, esvaziando as ações preventivas e focando nos cuidados médicos. Além disso, tomou a iniciativa de criar uma agência nacional para regular a privatização da atenção básica e das equipes de saúde da família com seus agentes comunitários.³

O processo de privatização da atenção básica e de perda da dimensão estratégica da saúde da família encontra forte resistência das prefeituras municipais e dos profissionais de saúde que trabalham com atenção básica. O

conflito de interesses resulta em intensa discussão e controvérsias na esfera pública. Isso se dissemina nos meios de comunicação e nas redes sociais.⁴

É neste cenário de discussão que o governo federal entra no segundo ano da pandemia. Ele persiste na defesa dos medicamentos ineficazes e inseguros, ao que chama de "tratamento precoce". Assim, essa advocacia interessada adquire uma nomenclatura técnica padronizada dentro das ações do SUS. Esta versão ecoa pela esfera pública, mesmo entre aqueles que se opõem e criticam a recomendação.⁵

Inicia-se uma grande confusão entre recomendar cuidados precoces para as pessoas com Covid-19 e a prescrição de medicamentos ineficazes. Cabe aqui dizer que faz 30 anos que o SUS trabalha ativamente para que seus usuários sempre busquem cuidados precoces, básicos, primários. É um dos princípios do sistema.

Agora estamos imersos numa discussão em que a autoridade sanitária federal e alguns profissionais de saúde dizem para a sociedade que deve buscar cuidados precoces no SUS como meio para lhe empurrar medicamentos ineficazes. Outras autoridades sanitárias, especialmente prefeituras municipais, e outros profissionais de saúde, aqueles que trabalham na atenção básica, se opõem fortemente ao uso de medicamentos ineficazes.

No meio desta discussão sobre algo que de modo equivocado é designado de "tratamento precoce" sobra uma intensa desqualificação de um procedimento comum e importante de atenção básica do SUS. É como se, não buscar a atenção, fosse uma garantia contra prescrições ineficazes e inseguras. Isso é o oposto do que o SUS preconiza e faz.

Subscreve-se as críticas radicais às prescrições de drogas ineficazes e inseguras, mas, do mesmo modo, critica-se radicalmente a confusão com a busca e o uso de cuidados básicos. É necessário expor pontos de vista e argumentos que façam essa distinção. A questão não é o nível de complexidade da atenção, mas o que se faz nela.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A desorganização da atenção básica do Sistema Único de Saúde e a pandemia da Covid-19

A ação do Ministério da Saúde como esfera federal de governo do SUS não é omissão ou equívoco, mas uma política desorganizadora que, em primeiro lugar, não cumpre a sua missão constitucional de coordenar o sistema.

A estratégia de Jair Bolsonaro em relação às políticas públicas está subordinada a uma política conservadora que data dos anos 80: equilíbrio macroeconômico com ajuste fiscal a partir do corte de gasto público. Bolsonaro vem desde o início do seu mandato, em 2019, trabalhando contra o sistema universal, igualitário, integral e hierarquizado.

É oportuno recordar que esta política vinha sendo executada sem qualquer hesitação pelo ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta. A primeira grande ação de propaganda foi a demissão dos 10 mil médicos cubanos contratados através do programa Mais Médicos para as equipes de saúde da família das periferias dos grandes centros urbanos e dos pequenos municípios.^{6,7}

Após uma declaração do então recém-eleito presidente Jair Bolsonaro, em novembro de 2018, Cuba decide desfazer o convênio do Programa Mais Médicos com o Brasil. As condições impostas e as falas agressivas de Bolsonaro sobre os médicos e o país parceiro inviabilizaram a manutenção do convênio.^{6,7}

A perda da dimensão estratégica da saúde da família como modelo de atenção básica e o enfraquecimento da atenção primária de base territorial é uma proposta que tomou força após o golpe de 2016, e culminou com uma última versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017,⁸ após o Ministério da Saúde vencer a resistência da sociedade civil e publicar a portaria que regulamentou tal política. Nesta época acontecem impotentes

protestos do Conselho Nacional de Saúde e de organizações autônomas dos trabalhadores da saúde.⁸

Os protestos contra a PNAB destacam a forte influência da política neoconservadora (aqui, neoliberal) de ajuste fiscal com corte do gasto público sobre a portaria do Ministério da Saúde. Entre os pontos importantes criticados estão a possibilidade de demissão em massa de agentes comunitários de saúde (ACS), e a fragilização de dispositivos focados na resolutividade dos cuidados e na intersetorialidade, como os Núcleos Ampliados de Saúde da Família. Exemplo da inversão do modelo de base territorial é a equipe mínima passar a ter apenas um agente comunitário de saúde em sua composição.⁸

Além disso, o avanço reacionário contra a atenção básica do SUS tem outras duas iniciativas importantes. A primeira afeta a transferência de recursos para os municípios com a mudança da composição das atividades do piso de atenção básica, que passa a ser centrada em procedimentos curativos individuais. Isto contraria uma diretriz constitucional do sistema: prioridade para ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.⁸

A segunda iniciativa é a proposta de criação de uma agência reguladora para conduzir a privatização das contratações de pessoal para as equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.⁸ É a generalização do modo de gestão terceirizada e resolutividade fictícia das organizações sociais privadas, como a que vem sendo usada pela prefeitura da cidade do Rio de Janeiro.

No início de 2020, o contexto é de esforço deliberado do Ministério da Saúde para desorganizar a atenção básica do SUS. A resistência a este avanço por gestores municipais, profissionais de saúde é desigual. Destaca-se, contudo, a ação de prefeitos municipais de esquerda, de entidades de usuários do sistema, de profissionais de saúde das próprias equipes e de sanitaristas acadêmicos.

Quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) decreta a emergência sanitária global⁹, e a pandemia de Covid-19 chega ao Brasil no primeiro

trimestre de 2020 encontra uma atenção básica desorganizada, prefeituras municipais sem recursos para investimentos e custeio adequados e profissionais de saúde em quantitativo reduzido, desmotivados e ameaçados de demissão em massa. Ao mesmo tempo, a participação comunitária na gestão do SUS se reduziu e foi burocratizada.¹⁰

Cabe observar que o controle e o tratamento de doenças epidêmicas são usualmente feitos pela atenção básica dos sistemas de saúde, tais como educação em saúde, vigilância epidemiológica, rastreamento e bloqueio de casos, vacinação, diagnóstico precoce, cuidados básicos e tratamentos de baixa complexidade. A rede de ações básicas estava desorganizada e nada foi feito para mobilizá-la.

A estratégia inicial do ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, o porta voz do governo Bolsonaro, foi focar as ações em dois pontos extremos das medidas, sendo que por um lado, a proposta era de isolamento social em casa; e por outro, a organização de uma rede de unidades de terapia intensiva com respiradores. Nada foi feito para organizar as ações hierarquizadas.

Destaca-se diversas ações não realizadas do Ministério da Saúde, como a não realização da testagem sorológica em massa para diagnóstico precoce e rastreamento de casos. Além disso, a rede de agentes comunitários que poderia trabalhar eficazmente com educação em saúde foi simplesmente ignorada.¹¹

Finalmente, o Ministério da Saúde definiu como orientação sanitária para os usuários do SUS que só deveriam buscar os serviços assistenciais quando a sua situação clínica fosse grave. Isto resultou que a desorganização da atenção básica chegasse ao limite de ser totalmente desmobilizada e ignorada.

O isolamento social, em meados de 2020, foi viabilizado, especialmente entre trabalhadores informais, pobres e miseráveis, por um programa de renda mínima criado pelo Congresso Nacional. Foi este dinheiro que permitiu a milhões de pessoas permanecerem em casa durante a pandemia e se proteger da Covid-19.

Quando os agentes econômicos empresariais começam a pressionar pela retomada da atividade produtiva, como se não houvesse uma pandemia, os conflitos em torno da estratégia do SUS se agravaram. Bolsonaro se move no sentido de enquadrar totalmente o Ministério da Saúde de acordo com seus interesses. Nomeia como ministro um General do Exército que não fica constrangido em dizer publicamente: "Manda quem pode, obedece quem tem juízo".¹²

Bolsonaro comanda pessoalmente a ofensiva agressiva contra o isolamento social domiciliar, identificado como o principal obstáculo para o retorno da atividade produtiva. São dois argumentos: um deles, a doença não é grave e não requer medida preventiva tão drástica. É desta época a triste afirmação de que a Covid-19 "é uma gripezinha".¹³

O segundo argumento é que, não sendo uma doença grave na maioria dos casos, pode ser enfrentada com cuidados básicos e pré hospitalar.¹³ Iniciou aí uma grande controvérsia em torno do tratamento da Covid-19 no nível básico de atenção do SUS. Não se pode esquecer que os principais atores da atenção básica estão desorganizados e desmobilizados.

2.2 A desmobilização da saúde de família e a emergência do charlatanismo engajado

O primeiro ano de governo de Jair Bolsonaro no SUS se caracterizou pela desarticulação da atenção básica, particularmente pela desmobilização das equipes da saúde da família e dos agentes comunitários de saúde. Entre os movimentos neste sentido, destaca-se: a mudança da estratégia da atenção básica no sentido de priorizar as consultas médicas; o desmanche do programa Mais Médicos e a demissão dos médicos estrangeiros; e a proposta de privatização da administração das equipes de saúde da família, com a criação de uma agência reguladora.¹⁴⁻¹⁷

É neste cenário que emerge a pandemia da Covid-19. A sociedade enfrenta esta situação crítica com o governo federal executando uma estratégia

deliberada. A política de saúde de Bolsonaro reflete seu compromisso com interesses conservadores, de corte nos gastos públicos. Esta estratégia bolsonarista amplia os danos sanitários, sociais e econômicos da pandemia.

No início da pandemia de Covid-19, o alerta sanitário global de uma nova doença desencadeia a prescrição de medidas preventivas radicais. A mais importante foi o isolamento social domiciliar. Ao mesmo tempo se recomenda o uso de máscaras faciais de proteção, a lavagem das mãos e o uso de álcool gel.⁹

Quando a estratégia de combinar isolamento social domiciliar e assistência em unidades de terapia intensiva se mostra ineficaz, as pressões se tornam ainda mais crescentes. Bolsonaro quer então compor o fim do isolamento social com a redução da demanda por cuidados hospitalares e de terapia intensiva, sem ter que falar nas equipes de saúde da família. Isso quando ele próprio desorganizou a atenção básica do SUS.

Faz-se a observação relevante que, desde a campanha eleitoral para a presidência da República, em 2018, Bolsonaro tem fortes aliados entre as elites médicas, particularmente entre os grupos que regulam, controlam e fiscalizam o exercício profissional e a concessão de títulos de especialidade médica. São estes mesmos grupos que estiveram na linha de frente contra a presidente Dilma Rousseff no programa Mais Médicos, especialmente contra a contratação de médicos cubanos para as equipes de saúde da família.

Como sempre acontece quando surge uma doença nova, os institutos de pesquisa associados ou não a indústria farmacêutica multinacional se apressam em desenvolver e testar meios e produtos de proteção, diagnóstico e tratamento. Um dos procedimentos padrão nestas pesquisas é testar velhos produtos em novas doenças. Foi assim, por exemplo, que se descobriu a eficácia do AZT contra o HIV/aids.

Neste processo, são testadas vacinas Sabin e BCG para produzir imunidade contra o SARS-COV-2 causador da Covid-19 e aumentar a imunidade celular¹⁸. São testados também diversos medicamentos como

corticoides, anticoagulantes, antivírus, antibióticos e antiparasitários¹⁹. Começam a ser experimentados os usos "fora da bula" ou compassivos.

Alguns dos resultados destas pesquisas se popularizam em uma sociedade ameaçada por uma pandemia e por um governo que desorganiza o sistema de saúde. Entre estes medicamentos estão: o antibiótico azitromicina, o antiparasitário ivermectina e o antimalárico cloroquina. Combinados ou usados em separado eles são divulgados como se fossem a solução para fazer os infectados não serem obrigados a ir para as UTI.^{18,19}

O uso destes medicamentos passa a ser denominado “tratamento precoce”, e a ser preconizado na publicidade do Ministério da Saúde e amplamente defendido por grupos bolsonaristas. Um episódio exemplar desta recomendação é sua apresentação como opção farmacológica contra a infecção por Covid-19 durante a ida do Ministro da saúde, general Eduardo Pazuello, à cidade de Manaus no início de 2021.

Cabe mencionar que naquele momento a cidade de Manaus estava no meio de colapso sanitário, com aumento importante da incidência e da mortalidade por Covid-19 e insuficiência de serviços de terapia intensiva. O colapso e a impotência do SUS se aprofundam nos dias seguintes à visita do ministro, que foi usada também para lançar o aplicativo para celular TrateCov. Ele pretendia colaborar na orientação dos médicos em relação ao tratamento da doença. Imediatamente são realizadas e divulgadas avaliações de infectologistas, médicos das equipes de saúde da família e sanitaristas contra o seu uso, por advogar medicamentos ineficazes.²⁰

O "tratamento precoce" se amplia com a distribuição do nomeado de “kit covid”, distribuídos por organizações como prefeituras municipais, entidades empresariais e operadoras privadas de planos de saúde. Trata-se de uma combinação de medicamentos apresentados sob a forma de comprimidos, com eficácia não comprovada ou mesmo descartados para o tratamento específico dessa infecção viral: cloroquina e/ou hidroxicloroquina, antimaláricos e imunomoduladores amplamente usados em doenças

reumatológicas; ivermectina, um antiparasitário; azitromicina, um antimicrobiano usado na prática clínica geralmente para infecções bacterianas do aparelho respiratório, da pele e em IST.²¹

Estes três medicamentos são os que mais têm sido difundidos no Brasil como possibilidade de uso nos primeiros dias de sintomas. Contudo, não é incomum eles serem associados a outros fármacos igualmente sem evidências científicas para indicação do uso, tais como: doxiciclina, outro antimicrobiano; suplementação de vitamina D e de zinco; prednisona e prednisolona, corticoides orais sistêmicos.²¹

2.3 Ciência e Política: notícias fraudulentas e negacionismo como estratégia

A estratégia de polarização política da estratégia da extrema direita global tem sucesso com a própria eleição de Jair Bolsonaro como presidente da República. Contudo, como ensinam os seus idealizadores globais, é necessário viver em campanha permanente para mobilizar o seu grupo político extremo, a qual não é paralisada pela pandemia de Covid-19.

Ao contrário, ele serve como cenário de uma agressiva polarização em torno de assuntos emergentes. Os fatos são transformados um a um em controvérsias. O primeiro assunto controverso é a própria gravidade da doença. Há uma refutação do seu potencial de disseminação e do seu nível de mortalidade.²²

Em seguida aparece a discussão sobre a gênese da doença. Há uma recuperação da retórica da Guerra Fria e a pandemia de Covid-19 é transformada em ameaça "comunista". Ela é dita entre os grupos de extrema-direita como doença "chinesa", em função do primeiro surto ter acontecido na cidade de Wuhan.

Estas duas controvérsias construídas são exemplares da estratégia de polarização política. Por um lado, a negação da Ciência como modo especial e

privilegiado de saber a verdade. Por outro, a difusão deliberada e massiva de notícias fraudulentas para construir e sustentar narrativas.

Destaca-se também a grande controvérsia na pandemia em torno do isolamento social domiciliar. Cria-se confronto retórico entre a medida preventiva e a normalidade produtiva, como se a defesa da saúde pública fosse um ataque à economia. Enfim, ficar em casa vai contra os interesses empresariais.²²

É com este pano de fundo que se desencadeia uma guerra informacional em que o governo federal e os seus aliados em estados e municípios bombardeiam a sociedade com notícias fraudulentas e negação das evidências científicas.^{23,24}

O processo de disparos massivos de informações fraudulentas deriva da estratégia política de extrema-direita de manter em ebulição a sua base social. Neste caso específico, a divulgação sobre medicamentos contra a Covid-19 está acompanhada e se sustenta numa obscura negação dos resultados da pesquisa científica.

É importante mencionar a singular complexidade desta guerra informacional, onde as informações médicas fraudulentas são disseminadas e avalizadas por médicos²⁴. Isto confunde a opinião pública, que está familiarizada em reconhecer os argumentos das autoridades, neste caso da autoridade médica científica.

Neste sentido, deve-se destacar a Nota Técnica da Congregação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de abril de 2021, que afirma propaganda contra a saúde pública, que inclui a divulgação de notícias falsas, promovida inclusive por setores do Estado, que precisa ser coibida e os responsáveis por ela devem ser punidos.^{22,25}

Assim, a falsa oposição entre proteção da saúde e economia deve ser desfeita, bom para a economia é conter a pandemia.

A Nota da Faculdade de Saúde Pública observa ainda que "a impunidade e a banalização da propaganda contra a saúde pública anunciam

um futuro dramático para a saúde da população brasileira, favorecendo a expansão do charlatanismo”.²⁵

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tensões, controvérsias e conflitos em torno dos procedimentos clínicos do SUS contra a Covid-19, particularmente em relação ao denominado "tratamento precoce", são o campo de batalha escolhido por Jair Bolsonaro para mobilizar sua base social conservadora.

A retórica de ignorar ou desprezar evidências científicas faz parte do cardápio da extrema-direita global, que tem uma agenda negacionista que inclui a contestação dos usos de vacinas como imunizantes. No limite, esta agenda chega a fazer uma bizarra defesa de que a terra é plana.

A defesa intransigente e agressiva que Bolsonaro faz do "tratamento precoce" nada tem a ver com as controvérsias científicas sobre o melhor procedimento clínico contra a Covid-19.

O desenvolvimento das terapias contra a Covid-19 observou as dinâmicas contemporâneas de pesquisas de medicamentos para doenças emergentes. Em primeiro lugar, o uso de medicamentos existentes contra a nova doença. É assim que começa o uso "fora da bula" do antimalárico como a cloroquina, do antibiótico como a azitromicina e do antiparasitário como a ivermectina.

Contudo, o tempo mostra que o uso destes medicamentos não tem efetividade em função dos efeitos colaterais que compense a sua manutenção no cardápio terapêutico. Apesar disto, a recepção dos resultados das pesquisas entre os médicos brasileiros foi e é desigual. A distinção observa principalmente critérios político-partidários e não científicos.

O charlatanismo engajado é a ação da parcela da corporação médica mobilizada em torno da defesa do "tratamento precoce", parte da agenda bolsonarista de negação da ciência. A prescrição de medicamentos não eficazes para Covid-19 para além do tratamento eventual "fora da bula", contrariando as

recomendações das agências internacionais e da literatura científica, é uma escolha política que contraria, inclusive, o Código de Ética médica.

As entidades da corporação médica reproduzem estas controvérsias, o que apenas demonstra que boa parte dela também aderiu à agenda bolsonarista. É paradoxal que profissionais que trabalham com bases científicas se disponham a recusar evidências.

Finalmente, é importante destacar que a defesa do "tratamento precoce" por Bolsonaro não guarda relação com evolução da pandemia de Covid-19. Ela foi feita quando havia 10 mil mortos, assim como quando a tragédia chegou aos 300 mil mortos. É um evidente instrumento político, e apenas na aparência, é um conflito entre perspectivas científicas.

Aliás, esta controvérsia seria irrelevante se não tivesse funcionado como anteparo para a estratégia de Bolsonaro de minimizar a gravidade da pandemia e a necessidade das medidas de isolamento social domiciliar. A existência do "tratamento precoce" funciona assim como argumento contra a necessidade das medidas de prevenção da Covid-19.

O resultado é uma tragédia humanitária com 300 mil mortos em um ano de pandemia, que faz o Brasil se transformar em ameaça sanitária global. Não é por outra razão que começa a aparecer na esfera pública a designação de genocídio para a ação do governo Bolsonaro.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Saúde. CNS alerta para medidas governamentais que fragilizam a Atenção Primária à Saúde. CNS; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1462-cns-alerta-para-medidas-governamentais-que-fragilizam-a-atencao-primaria-a-saude>.
2. Rede Brasil Atual. Brasil tem 15 mil profissionais desempregados após desmonte do Mais Médicos. RBA; 2021 [12/03/2021]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/02/medicos-desempregados-bolsonaro-mais-medicos/>.

3. Morosin MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*. 2020 [acesso 12/03/2021];36(9):1-20. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000903002
4. Antunes G. Entrevista: Grazielle David. EPSJV/Fiocruz; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/isso-eleva-o-grau-de-privatizacao-da-atencao-primaria-a-saude>
5. Gontijo ML. Médicos alertam para ineficácia de 'tratamento precoce' da Covid: 'Famílias inteiras morrendo'. G1 Minas; 2021 [12/03/2021]. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2021/01/22/medicos-alertam-para-ineficacia-de-tratamento-precoce-da-covid-familias-inteiras-morrendo.ghtml>.
6. Agência Brasil. Cuba-deixa-mais-medicos-por-discordar-de-exigencias-do-governo-eleito. Agência Brasil; 2018 [12/03/2021]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-11/cuba-deixa-mais-medicos-por-discordar-de-exigencias-do-governo-eleito>
7. G1. Cuba decide deixar programa Mais Médicos no Brasil e cita declarações 'ameaçadoras' de Bolsonaro. G1; 2018 [12/03/2021]. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.ghtml>
8. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [online]. 2018 [12/03/2021];42(116):11-24. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100011&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Opas Brasil. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. OPAS Brasil; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-e-m-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812
10. Fernandes L, Ortega F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020[12/03/2021];30(3)1-11.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n3/0103-7331-physis-30-03-e300309.pdf>

11. Costa AC. Sanitarista da ENSP questiona testagem em massa para Covid-19. ENSP/FIOCRUZ; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/49292>

12. Mazui G. 'É simples assim: um manda e o outro obedece', diz Pazuello ao lado de Bolsonaro. G1; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/22/e-simples-assim-um-manda-e-o-outro-obedece-diz-pazuello-ao-lado-de-bolsonaro.ghtml>

13. Vannuchi C. A pandemia de Covid-19 segundo Bolsonaro: da "gripezinha" ao "e daí?". Notícias UOL; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/camilo-vannuchi/2020/04/30/a-pandemia-de-covid-19-segundo-bolsonaro-da-gripezinha-ao-e-dai.htm>

14. Lucas A. O que vêm acontecendo com o SUS nesse governo. Deviante; 2019 [12/03/2021]. Disponível em: <https://www.deviante.com.br/noticias/o-que-vem-acontecendo-com-o-sus-ness-e-governo/>

15. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cad. Saúde Pública, 2019 [12/03/2021];35(10):e00178619. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n10/1678-4464-csp-35-10-e00178619.pdf>

16. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciência & Saúde Coletiva. 2020[12/03/2021];25(4):1181-1188. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1181.pdf>

17. Weiller JAB. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2019 [12/03/2021]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/12/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/>

18. Bond L. Pesquisadores querem usar vacina da pólio no combate à covid-19. Agência Brasil; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/pesquisadores-cogitam-usar-vacina-da-polio-no-combate-covid-19>

19. Ferreira LLG, Andricopulo AD. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. *Estudos Avançados*. 2020 [12/03/2021];34(100):1-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v34n100/1806-9592-ea-34-100-7.pdf>
20. Prazeres L. MPF pede explicações ao Ministério da Saúde por aplicativo TrateCov que recomenda cloroquina. *O Globo*. 21 jan. 2021 [12/03/2021]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/mpf-pede-explicacoes-ao-ministerio-da-saude-por-aplicativo-tratecov-que-recomenda-cloroquina-24849580#:~:text=BRAS%C3%8DLIA%20%E2%80%94%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%ABlico%20Federal,Covid%2D19%20como%20a%20cloroquina.>
21. Passarinho N. Coronavírus: Chefes de UTIs ligam ‘kit Covid’ a maior risco de morte no Brasil. *BBC News*; 2021 [12/03/2021]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56457562>
22. Castro MC, Kim S, Barberia L, et al. Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil. *AAS*; 2021 [18/04/2021]. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/early/2021/04/13/science.abh1558>
23. Serelle M. Fake news e negacionismo em tempos de pandemia. *Centro de Crítica da Mídia*; 2020 [12/03/2021]. Disponível em: <https://fca.pucminas.br/ccm/fake-news-e-negacionismo-em-tempos-de-pandemia-entrevista-com-ivan-paganotti/>
24. Duarte AM, César MRA. Negação da Política e Negacionismo como Política: pandemia e democracia. *Educação & Realidade*. 2020 [12/03/2021];45(4);e109146. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/edreal/v45n4/2175-6236-edreal-45-04-e109146.pdf>
25. Universidade de São Paulo. Nota Técnica da Congregação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP; 2021 [12/04/2021]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/wp-content/uploads/2021/03/Nota-FSP-27-03-2021-1.pdf>

Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à COVID-19: reflexão sobre as medidas adotadas em diferentes países

Primary Health Care and the fight against COVID-19: reflection on the measures adopted in different countries

Atención Primaria de Salud y lucha contra COVID-19: reflexión sobre las medidas adoptadas en diferentes países

Prof. Dr. Alberto Sumiya¹⁹

Prof. Dr. Carlos Podarilio Borges de Almeida²⁰

Resumo

Este artigo desenvolveu uma reflexão crítica sobre orientações que permearam a Atenção Primária à Saúde (APS) no combate à COVID-19 por meio de informações que foram divulgadas pelos ministérios da saúde de cinco países. A análise mostrou que a APS é de extrema importância, mas no Brasil precisa de investimentos para assegurar a qualidade do processo de trabalho. As recomendações dos países foram bem parecidas, dando a impressão de que o Brasil esteve relativamente alinhado, porém houve considerável desarticulação entre as diversas instâncias, e conseqüentemente atraso na implementação de medidas que influenciou a adesão da população. Como estratégias/ferramentas que se destacaram surgiram a telemedicina e a comunicação em saúde que mostram potencial para o gerenciamento eficiente de epidemias.

Palavras-chave: COVID-19, Atenção Primária à Saúde, Telemedicina, Comunicação em Saúde.

¹⁹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadoria Especial de Saúde Única e Biociências (BSU) Campus Curitibanos. Email: a.sumiya@ufsc.br

²⁰ Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas Campus Marabá. Email: carlosalmeida1410@hotmail.com

Abstract

This article developed a critical reflection on the guidelines that permeated Primary Health Care (PHC) in the fight against COVID-19 through information that was disseminated by the health ministries of five countries. The analysis showed that PHC is extremely important, but in Brazil it needs investments to ensure the quality of the work process. The recommendations of the countries were very similar, giving the impression that Brazil was relatively aligned, but there was considerable disarticulation between the different instances, and consequently a delay in the implementation of measures that influenced the population's adherence. As strategies/tools that stood out, telemedicine and health communication emerged, showing potential for the efficient management of epidemics.

Keywords: COVID-19, Primary Health Care, Telemedicine, Health Communication.

Resumen

Este artículo desarrolló una reflexión crítica sobre los lineamientos que permearon la Atención Primaria de Salud (APS) en la lucha contra el COVID-19 a través de información difundida por los ministerios de salud de cinco países. El análisis mostró que la APS es sumamente importante, pero en Brasil necesita inversiones para asegurar la calidad del proceso de trabajo. Las recomendaciones de los países fueron muy similares, dando la impresión de que Brasil estaba relativamente alineado, pero hubo una desarticulación considerable entre las diferentes instancias y, en consecuencia, un retraso en la implementación de medidas que influyeron en la adherencia de la población. Como estrategias / herramientas que se destacaron, surgieron la telemedicina y la comunicación en salud, mostrando potencial para el manejo eficiente de epidemias.

Palabras clave: COVID-19, Atención Primaria de Salud, Telemedicina, Comunicación en Salud.

1 Introdução

Um novo tipo de coronavírus foi identificado na China no final de 2019 denominado de SARS-CoV-2, amplamente conhecido como COVID-19, espalhou-se pelo mundo e foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como de emergência e preocupação internacional de saúde pública, depois considerada como pandemia.

O foco da primeira onda de contaminação pela COVID-19 voltou-se para a rede hospitalar em diversos países, forçando variados rearranjos na economia, infraestrutura e sociedade. No Brasil, sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel importante na redução das iniquidades por meio da cobertura universal¹, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Diante deste contexto, ocorreu vasta produção de materiais informativos e regulatórios, como diretrizes e notas técnicas, além de aplicativos digitais e vídeos, que são constantemente atualizadas e/ou substituídas. Muitos desses materiais apresentam potencial de serem aplicados em outros contextos, apesar de carecerem de adaptações culturais. Neste sentido, analisar documentos relativos ao combate à pandemia no nível da APS em diferentes nações pode ser útil, uma vez que é possível identificar pontos de intersecção entre as estratégias e/ou aspectos em que há fragilidade, essenciais para o aprimoramento do processo de trabalho nesse nível de atenção.

O objetivo deste artigo é refletir criticamente sobre orientações que permearam a APS no combate à COVID-19 por meio de informações que foram divulgadas pelos ministérios da saúde de cinco países.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental sobre a divulgação de informações sobre a COVID-19 na APS tendo como fonte de dados secundários os Ministérios de Saúde de diferentes países. Como amostra de conveniência selecionaram-se o Brasil, Espanha, França, Itália, Portugal e Reino Unido. A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2020, os quais foram analisados por leitura crítica e comparativa, buscando similaridades e diferenças.

Por ser uma pesquisa desenvolvida somente com documentos públicos, não houve submissão para Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos.

3. Resultados

Ao analisar as características dos países abordados (Tabela 1) verificou-se que as diferenças entre os europeus e o Brasil são evidentes em praticamente todos as variáveis. O Brasil, em termos comparativos, tem o maior território e a maior população, porém fica para trás na questão da renda bruta anual, do investimento e da cobertura de saúde, tendo o IDH mais inferior. Apesar disso, a cobertura da Atenção Básica (AB) não está muito longe da Itália, França e Reino Unido, considerando que o investimento em saúde destes últimos é bem mais que o dobro do brasileiro. Comparar gastos é uma primeira etapa crítica para entender o porquê de alguns sistemas de saúde terem melhor performance do que outros e onde se deve realizar mais esforços².

Tabela 1 – Caracterização geral dos países

País	Território (km ²)	População	Renda bruta*	Gasto com saúde**	Cobertura %	IDH***
Brasil	8.516.000	207.653.000	14.750,00	1.318,00	0.43	0,755
Itália	301.338	59.430.000	34.100,00	3.239,00	0.46	0,873
Espanha	505.990	46.348.000	31.850,00	2.966,00	0.53	0,876
Portugal	92.212	10.772.000	25.360,00	2.690,00	0.50	0,830
França	643.801	64.721.000	37.580,00	4.508,00	0.46	0,888
Reino Unido	242.495	65.789.000	35.730,00	3.377,00	0.46	0,907

Fonte: <https://www.who.int/countries> acessado em 17/05/2020

* Per capita em dólares (2013)

** Per capita em dólares (2014)

*** PNUD (2014)

Avaliando-se o processo de trabalho na APS (Tabela 2), observaram-se os protocolos *fast-track*, a preocupação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a descontinuidade de campanhas de saúde no Brasil. Nos outros países, sobressaíram a triagem preliminar, os cuidados no momento da consulta clínica, a gestão de resíduos, disposição de informações pelos ambientes da APS, criação de fluxogramas e planos de contingência, testagem, assistência domiciliar e o encaminhamento para os níveis secundários e terciários de atenção, intensificação da comunicação em rede, *check-in* de pacientes de grupos de risco, uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPI)⁷.

Tabela 2 – Orientações específicas da APS para o enfrentamento da COVID-19

País	Orientações Específicas
Brasil	Observar as diretrizes para tratamento não medicamentoso e protocolos/fluxos de manejo clínico de casos confirmados, além de protocolo <i>fast-track</i> de teleatendimento; atentar para a readequação das ações dos agentes comunitários de saúde, agentes de saúde indígenas e equipes de consultório de rua; cuidados específicos com gestantes, recém-nascidos e campanha de vacinação durante a pandemia; uso correto dos EPI.
Itália	Formação e capacitação profissionais específicas; uso de triagem preliminar que não implique em contato direto; isolar no atendimento pacientes com suspeita ou adotar distanciamento de um metro, sempre utilizando os EPI.
Espanha	Colocar cartazes e folhetos em locais dos serviços de APS; providenciar máscaras aos pacientes que chegarem ao serviço com sintomas respiratórios; disponibilizar dispensadores com solução hidroalcolica ao alcance da população e dos profissionais; disponibilizar recipientes para resíduos com tampa de abertura e pedal; identificação, manejo e contato de casos suspeitos via telefonema; organizar sistema de testagem; uso de EPI; providenciar transferência para hospital de referência; gestão de resíduos.
Portugal	Providenciar cartazes e informações audiovisuais em salas de espera; produzir boletins e reuniões; usar os EPI; construir o planejamento e a organização de planos de contingência, fluxograma de casos suspeitos; ter comunicação adequada com o paciente; atenção para o autocuidado profissional envolvendo bem-estar, saúde mental e capacitação.
França	Implementar manejo clínico e assistência domiciliar; integração atenção básica-hospital; organizar o sistema de testagem ambulatorial; usar informação clara e compreensível com os pacientes; oferecer suporte psicológico; promover o uso da telemedicina; realizar hospitalização domiciliar para indivíduos não contaminados; promover medidas de proteção individual para profissionais liberais; ofertar transporte de saúde para os indivíduos.

Reino Unido	Realizar check-in semanalmente de pacientes de grupos de risco; inserir monitoramento e triagem remotos quando possível; aumentar a rede de informações sobre pacientes; favorecer o acesso oportuno; ter medidas de controle e prevenção na espera de resultado de teste; avaliar o paciente individualmente; ter protocolo de descontaminação de ambiente; ter critérios de encaminhamento ou permanência do paciente na comunidade, realizar notificação.
--------------------	--

Fonte: Ministérios da Saúde dos países

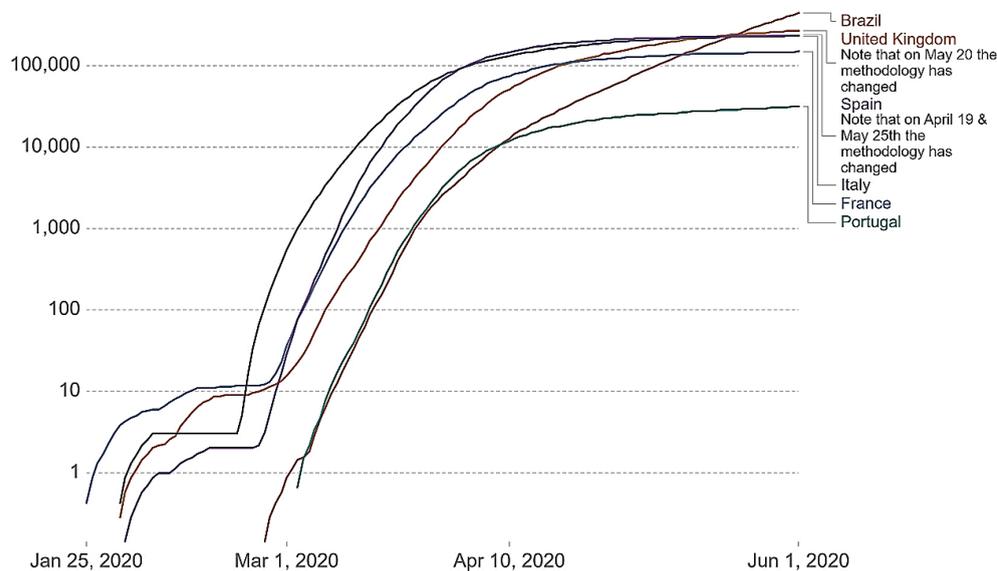
De modo geral, os países colocam como orientações essenciais; a lavagem das mãos com água e sabão, utilização de álcool 70%, cuidados ao tossir e espirrar em público, não tocar mucosas antes de se higienizar, uso obrigatório de máscaras, o máximo possível de isolamento social, distanciamento físico de um a dois metros, evitar as aglomerações, manter a limpeza de objetos, roupas e ambientes, não se automedicar, quando houver pessoa doente em casa com sinais e sintomas da COVID-19, deve-se transferi-lo para um cômodo separado e comunicar imediatamente o serviço de saúde do território, utilizar os serviços de saúde de maneira inteligente, ter planejamentos pessoais prévios e se informar por meio de fonte seguras.

Segundo o *Johns Hopkins University and Medicine – Coronavirus Resource Center* <<https://coronavirus.jhu.edu/>>, com dados de 31 de maio de 2020, verificou que a taxa de letalidade no Brasil estava em 5.7%, Reino Unido 14%, Itália 14.3%, França 15.2%, Espanha 11.3% e Portugal 4.3%, sendo a incidência de novos casos por 100 mil/hab., nesse período, de 245, 56.3, 54.7, 42.7, 58 e 12.2, respectivamente. O que representa um aceleração do risco de transmissão no Brasil, que se reflete no número crescente de casos confirmados (Figura 1).

Figura 1 – Total de casos confirmados

Total confirmed COVID-19 cases

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide - Data last updated 1st Jun, 16:50 (GMT-03:00)

CC BY

Fonte: European CDC - <https://ourworldindata.org/>

4. Discussão

A pandemia da COVID-19 encontrou no Brasil situações agravantes como o ultraliberalismo, a militarização, ampla divulgação de *fakenews*, corte de investimentos na educação, *uberização* do trabalho, teto de gastos para a saúde, desvalorização do serviço público, mudanças previdenciárias, negacionismo científico, recrudescimento problemático de questões de raça, gênero, sexualidade e meio ambiente, desembocando num total desalinhamento político para o enfrentamento da pandemia.

As desigualdades sociais ficaram ainda mais evidentes com a falta de proteção social do Estado. Os coletivos mais vulneráveis acabaram engolidos pelo discurso da sobrevivência pela economia, sendo empurrados para a deliberada negligência das recomendações básicas (lavar as mãos, isolamento e distanciamento social, higienização e uso de máscaras de proteção), considerando que parte da população não tem disponível água encanada, esgoto sanitário e vive em pequenos espaços com famílias numerosas³.

Mesmo após um ano da comunicação oficial de pandemia no Brasil, a falta de planejamento e organização das ações de saúde mantiveram-se, os indicadores nacionais continuaram desfavoráveis em relação à falta de testagem em massa e o atraso na vacinação, fazendo o número de mortes aumentar vertiginosamente, principalmente com a segunda onda.

Mesmo assim, o empenho da APS pelo mundo é reconhecidamente positivo, porque expõe seu protagonismo em manter a vigilância em saúde e epidemiológica, reduzindo o perigo de colapso do sistema^{4,5,6}. Consequentemente, a sustentabilidade da APS exige ajustes e investimentos massivos com indução governamental em políticas de inovação.

No sentido de investimento e inovação, emanaram ainda da análise documental os recursos da telemedicina e comunicação em saúde. Tecnologias que permitem a integração de ações e abrangem monitoramento remoto, educação em saúde e redução do risco de contaminação cruzada.

4.1 Telemedicina

O termo telemedicina costuma aparecer na literatura como telessaúde e e-saúde. Costuma ser definido como o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde, que objetivam superar o fator distância. Está muito presente em países desenvolvidos ao facilitar o cuidado remoto de pacientes com doenças agudas e crônicas. A telemedicina amplia o acesso a serviços especializados, melhorando a atenção, reduzindo o tempo gasto, racionalizando os custos e apoiando a vigilância, auxilia no rastreamento, promove a autonomia do paciente e reduz o absenteísmo laboral^{8,9}.

A telemedicina não é atividade exclusiva da medicina, porém multiprofissional e interdisciplinar. A Resolução CFM nº 2.227/2018 menciona a telemedicina como evolução natural dos cuidados em saúde, por ser indiscutível sua capacidade de melhorar a qualidade de vida, a equidade e a acessibilidade⁹. Pode ser conduzida através de sistemas de telefonia, e-mail, consulta eletrônica, vídeo ou uma combinação destes, formando um conjunto

procedimental bem abrangente, como por exemplo: teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação, teleducação, segunda opinião formativa e teleconsulta¹⁰.

Apresenta como limitações as dificuldades técnicas, a possível inadequação de determinados grupos de pacientes, a segurança dos dados, aceitação de pacientes e profissionais, e a questão da acurácia do diagnóstico e precisão clínica. Por isso, indica-se que o primeiro contato sempre seja presencial, para o estabelecimento de uma relação prévia de confiança e exame físico⁹.

Alwashmi¹¹ afirma que a saúde digital tem potencial para a detectar e enfrentar emergencialmente epidemias globais como aconteceu com os surtos do Ebola, H1N1 e da SARS, pela produção de informações praticamente em tempo real. Uma vantagem para o acompanhamento das mudanças de comportamento de epidemias, o que potencializa a capacidade de antecipação e controle.

Smith et al¹² ratificam essa importância ao trazerem o exemplo dos *chatbots* em Singapura. Os *chatbots* são programas de computador que simulam um ser humano na conversação com pessoas reais, respondendo a perguntas pontuais de maneira pré-definida. Os autores ponderam que o sucesso da telemedicina depende da adequada integração com os serviços de saúde, os benefícios aparecem a longo prazo, na medida em que clínicos aceitam melhor a telemedicina quando a percebem como efetiva, segura e normal.

Greenhalgh et al¹³ descreveram de maneira a exemplificar uma consulta em telemedicina para a COVID-19, assim sumarizadas: 1) Decidir o meio que será utilizado: vídeo ou telefone; 2) Antes de se conectar inteirar-se do prontuário do paciente; 3) Saber a qualidade técnica da conexão no caso de vídeo; 4) Começar a consulta verificando a identidade do paciente, dando preferência a conversar com este ao invés de cuidador se possível; 5) Iniciar fazendo perguntas sobre o motivo da consulta e o estado geral; 5) Começar a

registrar a história, questionando o início dos sintomas, temperatura atual, presença tosse e/ou dispneia, além de sintomas sistêmicos como fadiga e dor muscular; 6) Checar se o paciente teve contato com casos suspeitos e/ou realizou viagens recentes a regiões de alta incidência; 7) Considera-se o exame físico difícil, por isso atentar para o comportamento do paciente; 8) Ajustar o aconselhamento dependendo das características clínicas, comorbidades e suporte social; 9) Ficar em alerta para as *red flags*: dispneia severa ou dificuldade de respirar, dor ou pressão no peito, cianose e sinais de choque séptico; 10) Se houver disponibilidade no país, explicar as providências para o *self-swabbing* (coleta de amostras em casa); 11) Encontrar pessoa saudável para buscar e entregar medicamentos receitados eletronicamente; 12) Aconselhar o autoisolamento do caso suspeito e dos familiares; 15) Finalizar orientando as medidas gerais já descritas neste artigo.

4.2 Comunicação em saúde

A comunicação é entendida como um conjunto de práticas sociais que resultam do intercâmbio entre seres humanos por meio da linguagem (fala, escrita, representações gráficas etc.). O processo de comunicação é compreendido como uma ação que implica uma série de signos verbais e não verbais, caracterizado por atitudes sensíveis e de empatia entre os indivíduos implicados na ação. Ademais, salienta-se que é importante haver transmissão clara da mensagem, interesse mútuo entre os sujeitos e estabelecer relações salutaras entre trabalhadores e usuários¹⁴.

Finset et al¹⁵ reiteram que a comunicação em saúde é fator necessário para salvar vidas na crise da pandemia por COVID-19. Estratégias de comunicação em saúde bem desenvolvidas e precisas auxiliam as populações a lidarem com o medo e a incerteza, promovem melhor adesão às mudanças de comportamento. Os profissionais envolvidos com comunicação em saúde têm especial responsabilidade na divulgação de informações válidas e precisas em diferentes contextos. São sugeridos quatro elementos para comunicar

informações em saúde: 1) Demonstrar claramente o que é conhecido e o que ainda não se tem evidência - para se ater somente aos fatos; 2) Informações devem ser consistentes e específicas; 3) Demonstrar capacidade para a tomada de decisões com confiança e honestidade em contexto de incertezas; 4) Reconhecer emoções.

Harzheim et al¹⁶ destacam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deveria, de modo abrangente, implementar as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para reduzir a sobrecarga de trabalho das equipes e preservar a qualidade no acompanhamento de usuários com suspeita de COVID-19 através de acompanhamento longitudinal, evitando assim encaminhamentos desnecessários aos serviços de pronto-atendimento e hospitalares.

Zhang et al¹⁷, apresentaram os princípios para uma comunicação de riscos eficaz relacionados à COVID-19 em Wuhan, China. Ressalta-se a necessidade de aumentar o acesso a informações de maneira convergente para dirimir as incertezas. Ademais, deve-se manter o público informado com periodicidade e pontualidade, a sociedade (especialistas, governo, público em geral) devem se envolver e contribuir responsavelmente.

À guisa de finalização dessa discussão, um grande problema para a comunicação em saúde é a divulgação de notícias falsas. Tapia¹⁸, sugere que a comunidade adote algumas estratégias específicas a fim de silenciar a desinformação como o abandono da mídia sensacionalista e sustentação exclusiva junto à comunidade científica.

5 Conclusão

Percebe-se, principalmente para o Brasil, a importância da APS e uma necessidade urgente de maiores investimentos que instrumentalizem melhor o processo de trabalho com qualidade e eficiência desejadas. As recomendações da APS nos países foram parecidas mostrando que o Brasil esteve

relativamente alinhado, porém houve considerável atraso na implementação de medidas e adesão da população.

A telemedicina e a comunicação em saúde podem ser componentes críticos para aumentar a capacidade de combate à COVID-19 ou outras epidemias futuras, pelo gerenciamento dinâmico dos serviços de saúde e pela educação instrucional inclusiva, não diretiva e panfletária.

REFERÊNCIAS

1. Bitton A, Fifield J, Ratcliffe H, Karlage A, Wang H, Veillard JH, Schwarz D, Hirschhorn LR. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health*. 2019; 4e001551.
2. Maele NV, Xu K, Soucat A, Fleisher L, Aranguren M, Wang H. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019; 4e001497.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-Continua). Informativo das características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. IBGE, 2020.
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=26413&t=sobre>
4. Mash B. Primary care management of the coronavirus (COVID-19). *S Afr Fam Pract*. 2020; 621: a5115.
5. Sarti TD, Lazarini WS, Fontanelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saude*. 2020; 20(2): e2020166.
6. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saude*. 2020; 20(2): e2020044.
7. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schunemann HJ. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2020; In Press, Corrected Proof.
8. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(Sup2): e00155615.
9. Catapan SC, Calvo MCM. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada por tecnologia. *Rev Bras Educ Med*. 2020; 44(1): e300.
10. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GE, Santos DL, Silva RM. 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*. 2020; 36(5): e00088920.

11. Alwashmi MF. The use of digital health in the detection and management of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17, 2906.
12. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotras A, Clemensen J, Caffery LJ. Telehealth for global emergencies: implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecar* 2020; March: 1-5.
13. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. COVID-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* 2020; 368: m1182.
14. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*. 2014; 23(4): 1356-1369.
15. Finset A, Bosworth H, Butow P, Gulbrandsen P, Hulsman RL, Pieterse AH, Street R, Tschoetschel R, van Weert J. Effective health communication - a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Educ Couns*. 2020; 103(5): 873-876.
16. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller LA, Marques MC, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2020; 25 (Suppl 1): 2493-2497.
17. Zhang L, Li H, Chen K. Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China. *Healthcare (Basel)*. 2020; 8(1): 64.
18. Tapia L. COVID-19 and Fake News in the Dominican Republic. *Am J Trop Med Hyg*. 2020; 102(6): 1172-1174.

**Bacharelado em Saúde Coletiva no
Sudeste do Pará: um relato de experiência sobre o
acompanhamento dos primeiros egressos**

*Bachelor's Degree in Collective Health in Southeast Pará:
an experience report on monitoring the first graduates*

*Licenciatura en Salud Colectiva en lo Sureste de Pará:
un relato de experiencia acerca del rastreo de los primeros
graduados*

Aline Coutinho Cavalcanti²¹

Aline Aparecida de Oliveira Campos²²

Ana Cristina Viana Campos²³

Carlos Podalirio Borges de Almeida²⁴

Emanuelle Helena Santos Cossolosso²⁵

Isabella Piassi Dias Godói²⁶

Letícia Dias Lima Jedlicka²⁷

Priscila da Silva Castro²⁸

²¹ Doutora em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na FASC/Unifesspa. E-mail:

aline.cavalcanti@unifesspa.edu.br

²² Doutora em Ciência da Nutrição, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na FASC/Unifesspa

²³ Doutora em Odontologia/Saúde Coletiva, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na FASC/Unifesspa

²⁴ Doutor em Ciências Pneumológicas, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, FASC/Unifesspa

²⁵ Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na FASC/Unifesspa

²⁶ Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na FASC/Unifesspa

²⁷ Doutora em Medicina Translacional, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na FASC/Unifesspa

²⁸ Doutora em Saúde Coletiva, Docente do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na FASC/Unifesspa

RESUMO

A formação de bacharéis em Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho na área. Enfatiza-se a promoção, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à população. O presente artigo relata a experiência de acompanhamento, em setembro de 2019, de egressos da primeira turma de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, em Marabá - Pará. Dentre os 11 egressos da primeira turma desse curso, apenas 5 responderam ao formulário de acompanhamento, resultando no seguinte perfil: 80% têm entre 22 e 25 anos de idade, 80% são do gênero masculino, 60% pardos, 80% solteiros, 80% residem em Marabá, 20% exerciam atividade remunerada durante a graduação e nenhum está inserido na área de atuação do curso. Dos respondentes, 50% estão exercendo atualmente alguma atividade remunerada com carga horária igual ou superior a 40 horas semanais. Apesar dos egressos terem concluído o curso recentemente, entre seis e oito meses, o fato de não estarem inseridos na área é preocupante, ainda que as oportunidades de regularização do curso em concursos públicos estejam avançando. O acompanhamento dos egressos deve ser uma prática a ser adotada associada a uma função social da universidade, que deve buscar não apenas observar o percurso de seus alunos, como também manter o vínculo e a interação destes com a comunidade.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde; Saúde Coletiva; Educação Superior; Ensino.

ABSTRACT

The formation of bachelors in Collective Health proposes a new way of organizing the work process. It emphasizes promotion, prevention of risks and injuries, care reorientation and improvement in life quality, favoring changes in lifestyle and in the relationships among social subjects involved in the population's care. This article reports the experience of monitoring graduates from the first undergraduate class in Collective Health at the Federal University of the South and Southeast of Pará, in Marabá – Pará that took place in September 2019. From the 11 graduates of the first Collective Health bachelor's class, only five answered to the follow-up form, resulting in the following profile: 80% are between 22 and 25 years old, 80% male, 60% brown; 80% single; 80% live in Marabá; 20% had a paid job during their graduation and none is included in the course's area of expertise. Of the respondents, 50% are currently engaged in some paid activity with a workload equal to or greater than 40 hours per week. Despite they have completed the course between six and eight months ago, the fact that they are not included in the area is worrying, even though opportunities for regularizing the course in public examinations are advancing. Monitoring graduates should be a practice to be adopted associated with a social function of the university, which should

seek not only to observe the course of its students, but also to maintain their bond and interaction with the community.

Keywords: Health human resource training, public health, higher education, educational technics.

RESUMEN

La formación de licenciados en Salud Colectiva propone una nueva forma de organizar los procesos de trabajo en salud. Se enfatiza la promoción de la salud, la prevención de riesgos y lesiones, reorientación de cuidados y mejora de la calidad de vida, favoreciendo cambios entre estilos de vida y las relaciones entre los involucrados en la atención de salud de la población. En este artículo se relata la experiencia de rastreo que tuvo lugar en septiembre de 2019, de los graduados del primer grupo de graduación en salud colectiva de la Universidad Federal del Sur y Sureste de Pará, en Marabá, Brasil. Entre los 11 graduados del primer grupo, solo 5 respondieron al formulario de rastreo, resultando en el siguiente perfil: el 80% tiene entre 22 y 25 años, el 80% son hombres, de ellos, 60% morenos; 80% solteros; 80% eran residentes en Marabá; el 20% tenía un trabajo remunerado durante su graduación y ninguno se inserta en el área de especialización del curso. De los encuestados, el 50% se dedica a alguna actividad remunerada con una carga de trabajo igual o superior a 40 horas semanales. A pesar de que los graduados han finalizado el curso hace 6 – 8 meses, el hecho de que no ser insertado en el área es preocupante, aunque avanzan las oportunidades de regularizar el curso en oposiciones. El seguimiento de egresados debe ser una práctica a ser adoptada asociada a una función social de la universidad, la cual debe buscar no sólo observar la trayectoria de sus estudiantes, sino también mantener su vínculo e interacción con la comunidad.

Palabras clave: Formación profesional en salud, salud colectiva, educación superior, docencia.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as demandas surgidas nas regiões sul e sudeste do Pará, a de profissionais capacitados para atuarem nos mais diversos campos que envolvam o desenvolvimento humano, bem como na busca pela qualidade de vida e crescimento social das pessoas que habitam a região, fundamenta a escolha da cidade de Marabá para acolher a Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa), criada pela Lei Nº 12.824, de 5 de junho de 2013, por desmembramento do então Campus Universitário de Marabá da

Universidade Federal do Pará^{1,2}.

A área da Saúde Coletiva teve uma trajetória brasileira que transformou o que se designava por Saúde Pública que, historicamente, foi constituída como uma área interdisciplinar, mas dotada de especificidades que resultaram em domínio de saberes, especialidades e subespecialidades³. Até pouco tempo, inexistia um profissional com formação básica em Saúde Coletiva, o que fundamentou a criação de cursos de graduação em Saúde Coletiva no país, em 2002⁴. Contudo, isso não dispensará a formação de especialistas, mestres e doutores na área, apenas antecipará a oferta desse trabalhador em serviços e sistemas de saúde³.

A formação de bacharéis em Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população². Os bacharéis podem desempenhar seu trabalho no terceiro setor, assim como em secretarias municipais e estaduais de saúde, instituições de pesquisa, Ministério da Saúde, hospitais municipais e hospitais sob gestão de Organização Social de Saúde (OSS) e setor privado⁴. Na Unifesspa, o curso teve sua primeira turma com início no segundo semestre de 2014, que originou os primeiros alunos concluintes no segundo semestre de 2018⁵.

Os egressos assumem papel estratégico para compreensão sobre efetividade social e profissional dos conhecimentos adquiridos durante a formação, principalmente a partir do momento que passam a vivenciar situações complexas e que os levam a confrontar as competências desenvolvidas durante o curso com as requeridas no exercício profissional. Esse tipo de experiência permite avaliar a adequação da estrutura pedagógica do curso e resgatar aspectos que podem ser otimizados nesse processo⁶.

Assim sendo, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de acompanhamento dos egressos do bacharelado em Saúde Coletiva da

Faculdade de Saúde Coletiva (FASC) da Unifesspa, com foco na melhoria da oferta e gerenciamento do curso, bem como no acompanhamento sistemático como ferramenta para exercício, pela faculdade, da consciência crítica e capacidade de investigar, questionar e propor novos planejamentos e soluções, possibilitando a realização plena da sua função social⁷ como parte de universidade pública.

O relato apresentará como foi elaborado o formulário, como foi conduzida a pesquisa e como os dados foram analisados de modo a serem aplicados para acompanhamento do cenário do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Unifesspa no que diz respeito aos seus primeiros egressos.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho relata a experiência de acompanhamento, ocorrida em setembro de 2019, de egressos da primeira turma de formandos do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Unifesspa, em Marabá (PA). O formulário de acompanhamento utilizado foi adaptado a partir de algumas referências da literatura^{4,8-9}. As variáveis foram agrupadas em 5 blocos: Identificação; Perfil sociodemográfico; Efetividade profissional; Perspectivas de pós-graduação; Avaliação da estrutura do curso; e Manutenção da relação com a instituição.

Considerando que a pesquisa foca na melhoria do processo de oferta e gerenciamento do curso de graduação ao se observar as respostas dos egressos, não sendo objeto de avaliação o ser humano, mas a inserção profissional, não havendo, inclusive, a identificação individual dos participantes, o projeto cumpriu as normas éticas de pesquisa¹⁰.

Tais formulários foram elaborados por meio do *Google* Formulários e enviados via *e-mail* aos egressos. Os dados foram descritos segundo a frequência de respostas e servem para atualização do *status* dos alunos e reflexão para a otimização do funcionamento do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Unifesspa, possibilitando, ainda, ponderar sobre a adesão dos egressos a esta pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 11 egressos do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, obtiveram-se apenas 5 respostas, as quais foram sumarizadas para cada uma das variáveis monitoradas. A pequena adesão a esta pesquisa pode ser atribuída à desatualização de contatos dos egressos, indisponibilidade para responder no momento da pesquisa, desconhecimento da importância de colaborar com o cenário, dentre outros, cuja investigação deve ser aprofundada em contatos futuros, nas próximas turmas. Ainda não há muitos estudos sobre os bacharéis em Saúde Coletiva, uma vez que se trata de um curso de graduação recente^{4,11-14}, o que reforça a relevância pela promoção de estudos que melhor avaliem o cenário acadêmico e, principalmente, profissional desses profissionais que buscam ter oportunidades para contribuir nas mais diversas áreas do cenário da saúde.

Todos os respondentes são da primeira turma do curso, única com alunos aptos à formatura no período de realização deste estudo, e a partir do formulário foi possível evidenciar que 80% têm entre 22 e 25 anos, 80% são do gênero masculino, 60% pardos, 80% solteiros e 80% residem em Marabá. Observa-se que os resultados obtidos são semelhantes a outros estudos realizados com egressos de cursos na área da Saúde¹⁵⁻¹⁷, com exceção do gênero, uma vez que, em geral, a maioria dos profissionais de saúde formados no Brasil é do público feminino.

Por outro lado, como os respondentes envolveram uma amostra pequena com apenas metade dos ex-alunos, na época, foi insuficiente para representar o perfil de egressos do curso de graduação em Saúde Coletiva da Unifesspa, o que incentiva a continuidade do acompanhamento como forma de consolidar esse perfil além dos primeiros egressos. Ademais, o acompanhamento de alunos egressos possibilita a avaliação institucional no ensino superior⁸, podendo fornecer subsídios para a inserção do sanitarista no mercado de trabalho.

É importante destacar que, dentre os egressos, apenas 20% exerciam atividade remunerada durante a graduação e, ainda, nenhum deles estava inserido na área de atuação do curso na ocasião da pesquisa. Entretanto, considerando a conclusão do curso recente, tendo ocorrido entre 6 e 8 meses, quando os formulários foram disponibilizados, e a falta de conhecimento na região das especificidades de atuação do Bacharel em Saúde Coletiva, são fatos que podem auxiliar a reflexão sobre a não inserção dos egressos em sua área específica de formação. Por outro lado, 50% deles exerciam alguma atividade remunerada por meio de vínculo celetista ou trabalhista com carga horária igual ou superior a 40 horas semanais. Dentre os motivos destacados por não se trabalhar na área da graduação, 80% dos alunos destacam a falta de oportunidade. Entretanto, pontua-se a carreira pública como principal campo de atuação para o sanitarista, como observado na fala de alguns autores pontuados pelo estudo conduzido por Cardoso e Souza¹⁸.

Outro desafio a ser apontado, conforme se observou no texto de Sampaio¹⁹ produzido por graduando em Saúde Coletiva de outra instituição, é que:

sanitaristas têm o anseio de atuar em áreas carentes do trabalho de profissional, a gestão em saúde nos âmbitos dos ministérios e secretarias, nas atividades da vigilância, administração e desenho de ações e articulação na área de saúde coletiva do país”.

Os egressos de uma graduação enfrentam obstáculos para inserção no mercado de trabalho, seja pela falta de experiência profissional, seja pela insegurança em relação às exigências do exercício de sua profissão⁷. As empresas, especialmente os serviços de saúde, têm resistência em contratar profissionais recém-formados, o que contribui para essa demora de inserção. No caso dos bacharéis em Saúde Coletiva, ainda tem a questão da identidade profissional, visto que se trata de uma profissão na área da Saúde que não está subordinada ao tradicional modelo biomédico²⁰, sendo, contudo, uma profissão desafiadora e inovadora, pois esses profissionais possuem um olhar novo e

singular para a sociedade, para a população e para as suas várias demandas em saúde¹⁹.

Em relação à possibilidade de pós-graduação, 50% dos alunos estão cursando especialização, mas não identificaram as respectivas áreas de formação. Antes de 2008, o caminho para se atuar na Saúde Coletiva era se graduar em curso da área de Saúde e afins para depois se inserir na área por meio dos cursos de pós-graduação¹¹. Sendo assim, avaliar essa pergunta é um aspecto importante para a gestão e formulação de políticas de acompanhamento dos egressos dos cursos de Saúde Coletiva, bem como a oferta de cursos de pós-graduação na área futuramente.

Neste estudo, verificou-se que 80% dos egressos contemplados em nossas análises relataram um nível de satisfação entre bom e ótimo associado a aspectos como estrutura geral e serviço de biblioteca da Unifesspa e infraestrutura da FASC, ao corpo docente do curso direcionado às contribuições à sua formação e à adequação do currículo à demanda profissional. Esse resultado demonstra uma percepção satisfatória desses egressos sobre uma universidade pública considerada “nova”, criada em 2013¹, em uma região marcada por fragilidades e desafios socioeconômicos e geográficos. Ressalta-se que a Unifesspa tem se destacado pelas muitas conquistas enquanto instituição pública de ensino superior, seja pelos seus avanços de expansão no sul e sudeste do Pará^{21,22}, seja pela qualidade do seu corpo docente. A valorização das experiências e percepções dos egressos na avaliação de um curso ou instituição pode viabilizar e direcionar importantes transformações nesse processo dinâmico e contínuo pela promoção de melhorias nos diversos contextos da educação superior no Brasil.

Em relação à manutenção do vínculo do egresso com a Unifesspa, 80% deles acompanham regularmente (às vezes e sempre) as mídias sociais da universidade. Todavia, quanto a prestigiarem eventos promovidos pela Unifesspa ou FASC, 60% deles participam às vezes, enquanto o restante não participa expressivamente. No que se refere aos espaços ofertados pela

universidade, como bibliotecas e lanchonetes, 60% dos alunos ainda os utilizam raramente ou às vezes. Todos os participantes concordaram em continuar sendo acompanhados periodicamente por meio dessa pesquisa de acompanhamento de egressos do bacharelado em Saúde Coletiva.

Estudos revelam que, ao contrário do observado em modelos adotados em instituições de ensino superior internacionais, as universidades brasileiras ainda estão incipientes perante o acompanhamento dos seus egressos^{7,23,24}. A busca por estratégias para melhor viabilizar a interação e comunicação entre egressos e a comunidade acadêmica pode ser considerada como uma importante ferramenta para a gestão universitária diante das suas muitas potencialidades. A realização de estudos e iniciativas institucionais que possibilitem o melhor acompanhamento e participação dos egressos em discussões e reflexões direcionadas aos mais diversos cenários, seja acadêmico ou profissional, uma vez que estes vivenciam na prática os desafios e oportunidades de todo um processo de formação, é indicada como desejável para alguns autores^{7,8,25}.

O acompanhamento de egressos deve ser considerado como uma importante ferramenta a ser utilizada, especialmente por coordenadores de cursos e órgãos reguladores de categorias profissionais, uma vez que muitas informações podem ser obtidas quanto a aspectos como sucessos e dificuldades enfrentados pelos profissionais, o que pode direcionar a um processo racional e efetivo de reflexões e discussões sobre as demandas e desafios a serem enfrentados e contornados por uma categoria profissional. Além disso, o estímulo pelo convívio entre comunidade acadêmica e os egressos pode possibilitar em uma troca permanente de informações e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria e aprimoramento de estratégias teórico-práticas a serem implementadas no cenário acadêmico.

Nesse contexto, algumas estratégias como a criação de sistemas de acompanhamento de egressos, consórcios universitários e ações de *marketing* institucional vêm sendo utilizadas, principalmente em universidades

internacionais, com o intuito, em geral, de promover a permanência do vínculo entre os egressos e suas respectivas instituições e para a melhor avaliação dos resultados e conquistas destes como profissionais^{23,24,26}. Nas instituições de ensino superior no Brasil, ferramentas como Portais do Egresso são comumente observadas²⁴. O curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Unifesspa tem promovido algumas iniciativas associadas ao acompanhamento e incentivo para que os seus egressos possam continuar a contribuir para as ações da FASC. Destaca-se o envolvimento destes em eventos do curso, tais como Rodas de Conversa com Calouros, Jornada Acadêmica de Saúde Coletiva, Semanas Acadêmicas do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, atuação na preceptoria de estágios, dentre outros, visando viabilizar o diálogo e a reflexão sobre aspectos que perpassam o processo de formação²⁷, bem como os desafios da inserção do profissional sanitário no mercado de trabalho²⁸.

4 CONCLUSÃO

Apesar dos egressos terem concluído o curso entre 6 e 8 meses, o fato de não estarem inseridos na área é preocupante. Mas, as oportunidades de regularização do curso em concursos públicos estão avançando, bem como as organizações de representação profissional e divulgação do curso como forma de promover o Bacharelado em Saúde Coletiva e o ganho que representa a atuação profissional, sobretudo em municípios da região, que mesmo com população inferior a 100.000 habitantes necessitam da otimização dos serviços de saúde e profissionais qualificados.

É importante o acompanhamento dos egressos como função social da universidade, buscando aplaudir o seu percurso e também manter o vínculo e a interação com a comunidade. A aplicação prática dessas informações na gestão do curso na Unifesspa envolverá a constante avaliação interna do curso para ampliar o perfil profissional na intenção de otimizar a oferta, o acompanhamento e a inserção profissional dos egressos. Apesar de a turma pioneira ter contado com poucos concluintes, dentre os quais houve pequena

adesão aos primeiros passos para o acompanhamento dos egressos, o curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Unifesspa continua com estratégias para seu acompanhamento, como a manutenção de contato com os egressos, convites para que participem dos eventos locais, elaboração de trabalhos acadêmicos com a participação de discentes e egressos, além da participação nas ações institucionais para tal, como divulgação de pesquisas de acompanhamento geral e divulgação de programas de pós-graduação aos egressos, como forma de dar suporte a iniciativas que possam impactar na formação dos alunos em curso e na consolidação do profissional.

Os resultados deste relato de experiência contribuem para o conhecimento na área de inserção profissional dos Bacharéis em Saúde Coletiva, mas, sobretudo, corroboram para melhor gestão e oferta do curso da Unifesspa ao descrever o cenário de atuação profissional dos egressos e como se pode otimizar essa atuação interna da faculdade e sua contribuição à sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.824, de 5 de Junho de 2013. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará — UNIFESSPA, por desmembramento da Universidade Federal do Pará — UFPA, e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [Citado em 01 Jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12824.htm.
2. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. UNIFESSPA. Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Unifesspa. Unifesspa, Marabá, 2018. 152 p.
3. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva – Processo nº 23001.000195/2016-59 Parecer CNE/CSE. Diário Oficial da União. 10 Ago 2017. Seç 1.
4. Lorena Ag; Santos L; Rocha, Cf; Lima Mss; Pino, Mr; Akerman M.

Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde Soc.* 2016; 25(2):369-380.

5. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. Portaria nº 44. Reitoria/Unifesspa – Autoriza a criação e oferta do curso de Saúde Coletiva (BACH).
6. Meira, Mdd; Kurcgant P. Avaliação de Curso de Graduação segundo egressos. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009;43(2):481-
7. Silva Lc; Bastos, Avb; Ribeiro, Jlls; Peixoto, Ala. Acompanhamento de egressos como ferramenta para a gestão universitária: um estudo com graduados da UFBA. *Rev. GUAL.* 2017; 10(4): 293-313.
8. Simon, Lw; Pacheco, ASV. Ações de acompanhamento de egressos: um estudo das universidades públicas do sul do Brasil. *Rev. Bras. Ens. Sup.* 2017; 3(2): 94-113
9. Lima, L. A; Andriola, W. B. Acompanhamento de egressos: subsídios para a avaliação de Instituições de Ensino Superior (IES). *Avaliação.* (Campinas). 2018; 23(1):104-125.
10. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016.
11. Silva, Vop; Matos, Ic. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. *Interface.* 2018; 22(65):539-550. [Citado em 04 Jul 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0825>.
12. Menesses, Jjs, Silva, Mmo; Castellanos, Mep; Ribeiro, Gs. Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. *Trab. edu. saúde.* 2017; 15(2):501-518. [Citado em 04 Jul 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00060>.
13. Domingues, Hs. Os caminhos trilhados pelos Bacharéis em Saúde Coletiva no Brasil. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. 2016. 34p.
14. Teixeira, CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2003; 7(13):163-6. [Citado em 04 Jul 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200019>.

15. Picoli, Rp; Domingos, Ala; Santos, Sc Et al. Competências propostas no currículo de Medicina: percepção do egresso. Rev. Bras. Educ. Med. 2017; 41(4):525-32. [Citado em 04 Jul 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3RB20160027>.
16. Teixeira, Lc; Rodrigues, Alv; Santos, Jn; Cardoso, Afr; Gama, Acc; Resende, Lm. Trajetória Profissional De Egressos Em Fonoaudiologia. Rev. Cefac. 2013; 15(6):1591-1600. [Citado em 04 Jul 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013005000048>.
17. Santos, Ssc. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59(2):217-21. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200018>. Acesso em 04 de Julho de 2021.
18. Cardoso, Ajc; Sousa, Mf De.. Bacharel Em Saúde Coletiva: Um Elo Que Faltava Na Rede. Tempus – Actas De Saúde Coletiva. 2013; 7(3):205-216. Disponível Em: <https://doi.org/10.18569/Tempus.V7i3.1405> Acesso Em 02 De Fevereiro De 2022.
19. Sampaio, Jrc; Santos, Rds. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. Tempus – Actas De Saúde Coletiva. 2013; 7(3): 81-89. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i3.1395> Acesso em 02 de Fevereiro de 2022.
20. Paim, Jss; Pinto, I. C. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Tempus – Actas De Saúde Coletiva. 2013; 7(3): 13-35. <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i3.1390> Acesso em 02 de Fevereiro de 2022.
21. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA. Unifesspa inaugura novo prédio do campus Xinguara no dia 15 de novembro. 2017. [Citado em 01 Jul 2021]. Disponível em: <https://www.unifesspa.edu.br/noticias/1933-unifesspa-inaugura-novo-predio-d-o-campus-de-xinguara-no-dia-15-de-novembro>.
22. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA. Em Marabá: Solenidade marca entrega do prédio de infraestrutura e sistema de vídeo monitoramento. 2020. [Citado em 01 Jul 2021]. Disponível: <https://www.unifesspa.edu.br/noticias/4457-avanco-unifesspa-inaugura-bloco-d-e-infraestrutura-e-logistica-no-proximo-dia-6>.
23. Queiroz, Tp. O bom filho a casa sempre torna: análise do relacionamento entre a Universidade Federal de Minas Gerais e seus egressos por meio da informação [Dissertação]. Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 205p.

24. Paul, JJ. Acompanhamento de egressos do ensino superior: experiência brasileira e internacional. *Cad. CRH*. 2015; 28(74):309-26. [Citado em 01 Jul 2021]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v28n74/0103-4979-ccrh-28-74-0309.pdf>
25. Lousada, Acz; Martins, GA. Egressos como fonte de informação à gestão dos cursos de Ciências Contábeis. *Rev. contab. financ.* 2005; 16(37):73-84.
26. Teixeira, Gcs, Maccari, Ea. Proposição de um plano de ações estratégicas para associações de alunos egressos baseado em benchmarking. *Anais do XIV Colóquio Internacional de Gestão Universitária - CIGU*. 2014; Florianópolis, Brasil. [Citado 01 Jul 2021] Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/131917/2014-260.pdf?sequence=1>.
27. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA. Seminário: "Tecendo reflexões e construções sobre o PPC do Bacharelado em Saúde Coletiva da Unifesspa". 2021. [Citado em 01 Jul 2021]. Disponível: <https://saudecoletiva.unifesspa.edu.br/ultimas-noticias/196-semin%C3%A1rio-tecendo-reflex%C3%B5es-e-constru%C3%A7%C3%B5es-sobre-o-ppc-do-bacharelado-em-sa%C3%BAde-coletiva-da-unifesspa.html>
28. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA. Evento de Acolhida para os Calouros 2020: convite e programação. 2021. [Citado em 01 Jul 2021]. Disponível: <https://saudecoletiva.unifesspa.edu.br/ultimas-noticias/188-evento-de-acolhida-para-os-calouros-2020-convite-e-programa%C3%A7%C3%A3o.h>

**Estágio na Graduação em Saúde Coletiva:
contribuições sociopolíticas, potencialidades e desafios
para a formação profissional**

*Internship in Public Health undergraduate degree:
sociopolitical contributions, potentials and challenges for
professional training*

*Pasantía en Licenciatura en Salud Pública: aportes
sociopolíticos, potencialidades y desafíos para la
formación profesional*

Karine Wlasenko Nicolau²⁹

Ronaira Fraga Souza³⁰

RESUMO

O artigo problematiza o estágio supervisionado obrigatório na graduação em Saúde Coletiva baseando-se em relato de experiência na área de Vigilância em Saúde. A reflexão foi direcionada para os desafios vivenciados, para a inserção do(a) profissional em Saúde Coletiva na equipe multiprofissional; e na busca por possíveis contribuições sociopolíticas, próprias desse campo de saber e de práticas, no âmbito da Saúde. Essas contribuições envolvem a defesa dos direitos humanos e sociais como mediadores da sociabilidade, orientados para a diversidade cultural, sustentabilidade ambiental, inclusão social e participação cidadã em contextos democráticos. A discussão empreendida ressaltou a produção do conhecimento ocorrida no decorrer do estágio, para além da mera reprodução de conteúdos. Em acréscimo, destacou a participação ativa e compromissada como elemento essencial para a graduação em Saúde Coletiva e para uma atuação profissional capaz de acolher e lidar com a complexidade característica da Saúde.

²⁹Doutora em Ciências e Tecnologias em Saúde (UnB), Docente do Departamento de Saúde Coletiva (UFMT). Email: karinewlasenko@ufmt.br

³⁰Graduanda em Saúde Coletiva (UFMT). Email: ronairafs@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Estágio, Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

The article discusses mandatory supervised internship in Public Health degree, based on experience report in the area of Health Surveillance on multidisciplinary team and to possible sociopolitical contributions, typical of this field of knowledge and practices, in field of Health. These contributions involve defense of human and social rights as mediators of sociability, oriented towards cultural diversity, environmental sustainability, social inclusion and citizen participation in democratic contexts. The discussion undertaken highlighted production of knowledge that took place during internship, beyond reproduction of content. In addition, it highlighted active and committed participation as an essential element to graduation in Public Health and to performance professional capable of welcoming and dealing with characteristic complexity of Health.

Keywords: Public Health, Internship, Health Surveillance.

RESUMEN

El artículo analiza la pasantía obligatoria supervisada en la graduación de Salud Pública, a partir de un relato de experiencia en el área de Vigilancia en Salud. La reflexión se dirigió hacia los desafíos vividos, para la inserción del profesional de Salud Pública en el equipo multidisciplinario; y por posibles aportes sociopolíticos, propios de este campo de conocimientos y prácticas, en el ámbito de la Salud. Estos aportes implican la defensa de los derechos humanos y sociales como mediadores de la sociabilidad, orientados a la diversidad cultural, la sostenibilidad ambiental, la inclusión social y la participación ciudadana en contextos democráticos. La discusión emprendida destacó la producción de conocimiento que tuvo lugar durante la pasantía, más allá de la mera reproducción de contenidos. Además, destacó la participación activa y comprometida como elemento fundamental para la graduación en Salud Pública y para un desempeño profesional capaz de acoger y afrontar la complejidad característica de la Salud.

Palabras clave: Salud Pública, Pasantía, Vigilancia en Salud.

1 INTRODUÇÃO

*[...] a experiência me forma e me transforma
(Larossa, 2011).*

A graduação em Saúde Coletiva, concretizada no país a partir de 2008, intenciona otimizar e antecipar a atuação nesse campo científico e de práticas¹ por meio de conhecimentos que não se restrinjam às orientações biomédicas e tecnicistas, comuns no âmbito da Saúde Pública. A defesa e a busca pela materialização do direito social à saúde constitui um fundamento sociopolítico que orienta seu arcabouço teórico-prático.

Segundo Manguiera et al.², os 22 cursos de graduação em Saúde Coletiva, presentes em todas as regiões brasileiras, estão majoritariamente em instituições públicas e apresentam um perfil de formação profissional direcionado para a gestão de serviços e sistemas de saúde.

Pereira e Carneiro³ destacaram a constituição desse campo de saberes e de práticas, alicerçado em seus clássicos pilares, a saber, *Política*, Planejamento e Gestão em Saúde, historicamente o primeiro a despontar, em 1990, concomitante à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); Epidemiologia, o segundo pilar a constituir a Saúde Coletiva e que ainda mantém centralidade; e Ciências Sociais e Humanas em Saúde, inseridas na Saúde Coletiva como ferramentas analíticas dos serviços e ações em Saúde, capazes de reconhecer outros sistemas, valores e modos de organização, por meio da identificação de experiências bem-sucedidas e dificuldades ou, ainda, da inexistência de políticas, programas.

Convém destacar também o papel das Ciências Sociais e Humanas para o entendimento da saúde como um construto histórico e cultural, desnaturalizando-a e desconstruindo uma suposta universalidade e essencialidade, conforme citado por Carneiro⁴.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) aprovadas (e ainda não homologadas) para a graduação em Saúde Coletiva³¹, o curso foi criado com o objetivo de suprir importante lacuna na oferta de profissionais da

³¹ Embora as referidas DCN para a graduação em Saúde Coletiva tenham sido aprovadas em 2017 pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), ainda não foram homologadas, ou seja, reconhecidas e formalizadas pelo Ministério da Educação.

área da saúde, vinculados tanto à gestão, quanto à atenção e à prevenção de agravos, educação e promoção da saúde⁵.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) incluiu em 2017, por meio do código 1312-25, a ocupação do(a) *sanitarista*, atribuindo a esse profissional, dentre uma extensa grade de atividades inerentes à ocupação, o planejamento, coordenação e avaliação de ações de saúde; definição de estratégias para unidades e/ou programas de saúde; coordenação de interfaces com entidades sociais e profissionais; e também responsabilização por atividades voltadas à área de epidemiologia, ciências sociais e políticas públicas de vigilância sanitária⁶.

Segundo o Projeto Pedagógico da Graduação em Saúde Coletiva (PPC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)^{7: 28}, o profissional graduado deve ser

[...] capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões políticas, sociais, culturais e históricas de seus determinantes. Apto a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

No que se refere ao estágio, o PPC sinaliza sua obrigatoriedade e destaca a importância de oferecer ao(à) acadêmico(a) a possibilidade de vivenciar a profissão e praticar conhecimentos construídos ao longo do curso. O estágio é descrito como atividade que possibilitará observar, analisar, refletir, exercitar a ética profissional e também se inserir no mercado de trabalho⁷, em alguns casos. Para tanto, deve oferecer a complementação do ensino e aprendizagem curriculares, a fim de se transformar em instrumento de integração entre teoria e prática, preparando o(a) graduando(a) para o exercício da profissão⁷.

Em relação aos objetivos do estágio, verifica-se a ênfase no contato direto do(a) acadêmico(a) com o mundo do trabalho, permitindo que os conhecimentos teóricos sejam concretizados, por meio da compreensão da política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações e as especificidades regionais; pela identificação das necessidades sociais de saúde da população, seus condicionantes e determinantes na implementação de ações de educação e promoção de saúde, prevenção e reabilitação, considerando as especificidades dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, trabalho e adoecimento; pelo reconhecimento das influências do ambiente sobre o processo saúde-doença; pela utilização dos Sistemas de Informação em Saúde para coleta de dados e informação que subsidiem a tomada de decisão; pelo reconhecimento e compreensão das estratégias de Vigilância em Saúde; pela contribuição em análises, planejamentos, organização e avaliação de propostas de intervenção nos serviços de saúde, públicos ou privados; pelo reconhecimento e compreensão da Gestão e Processo do Trabalho nos serviços de saúde, identificando instâncias de Controle Social no âmbito dos serviços de saúde e participação em atividades desenvolvidas nestes espaços; pela inclusão social, com respeito à diversidade, aliada à intersetorialidade, na qualidade de prática integrativa entre o ensino, serviço e comunidade para mudanças positivas na organização e no funcionamento dos sistemas e serviços de saúde⁷.

Nessa direção, a experiência de estágio que ora se relata seguiu as normativas previstas pelo PPC da graduação em Saúde Coletiva da UFMT, orientando-se pelas DCN para os cursos de graduação em Saúde Coletiva, aprovadas após amplo debate e discussões coletivas pelo país⁵. O estágio foi realizado nas dependências da Secretária Estadual de Saúde (SES-MT), mais especificamente na Gerência de Informação, Análise e Ações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica (GEIIA).

A problematização dessa experiência orientou-se pela proposta do pedagogo e filósofo Jorge Larossa⁸, pensando o processo educativo pelo par

experiência/sentido, ou seja, dando significado ao que se vivencia e ao que acontece em determinado contexto ou situação por meio das palavras, de modo conotativo, orientando-se por uma perspectiva política e crítica; aproximando assim teoria e prática. Intencionou-se com isso abrir espaço para a experiência no âmbito da subjetividade, da reflexividade e da transformação gerada pelo experienciar, quando algo nos passa, conforme destacou Larossa⁹.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Contextualizando a experiência

Trata-se de estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, com o objetivo de refletir sobre o estágio supervisionado, modalidade curricular obrigatória da graduação em Saúde Coletiva da UFMT, realizado no último semestre (8º), nas dependências da Secretaria Estadual de Saúde (SES-MT), no nível de execução programática, mais especificamente na Gerência de Informação, setor de Análise e Ações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica (GEIIA), com foco no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

As observações e informações referentes ao estágio foram registradas em diários e relatórios de atividades cotidianas; incluindo-se as avaliações, realizadas regularmente pela supervisão acadêmica e pela preceptoria institucional, ao longo de todo o período. A carga horária total programada para a realização do estágio e suas etapas foi de 240 horas. A rotina semanal de estágio envolvia atividades diárias, de segunda a sexta, das 13 h às 18 h.

Convém registrar que a missão da GEIIA¹⁰ relaciona-se à gestão da informação e das ações estratégicas de vigilância em saúde, competindo-lhe:

- I. Realizar e divulgar em conjunto com as demais gerências da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, a análise epidemiológica do estado;
- II. Realizar a gestão dos Sistemas de Informações sob a responsabilidade da gerência;

III. Realizar a gestão da Unidade de Resposta Rápida para os procedimentos de investigação de doenças e agravos emergentes ou inusitados;

IV. Monitorar as investigações de óbitos em mulheres em idade fértil, óbitos infantis e de causas mal definidas;

V. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações do Serviço de Verificação de Óbitos;

VI. Operacionalizar a pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores e metas de Vigilância Epidemiológica pactuadas em nível federal, estadual e municipal³².

O relato do estágio realizado foi dividido em três etapas: observação, participação e atuação, todas desenvolvidas sob supervisão da preceptoria.

2.2 Organização e análise das informações

As informações registradas foram organizadas de modo a destacar o processo de estágio no âmbito sociopolítico, considerando as clássicas contribuições de Paim e Almeida Filho¹¹ ao enfatizarem que a Saúde Coletiva, apesar de não se constituir em si um paradigma, refere-se a um movimento ideológico comprometido com a transformação social e apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade.

Nessa direção, historicidade relaciona-se com algo que produz sentidos, implicando em se afastar das ilusões de certeza e crença na absoluta objetividade, remetendo à necessidade do(a) profissional de assumir o desafio do inusitado, do complexo e do aleatório¹² nas práticas cotidianas.

³² O Decreto n.º 2916/2010 foi revogado pelo Decreto n.º 940, de 20 de maio de 2021. No entanto, a Gerência de Informação e Análise em Vigilância Epidemiológica permanece incluída e consta no Art. 107 do referido decreto atualizado.

Quanto à integralidade, foi compreendida nos eixos e termos sugeridos por Ayres¹³, em especial os que abordam as articulações (graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais) e as interações (qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano).

Procurou-se enfatizar também potencialidades e desafios do estágio para a formação profissional, baseando-se no pressuposto de que a Saúde Coletiva resulta da demanda do Sistema Único de Saúde (SUS) por novos profissionais, com capacidade de oferecer respostas diferenciadas e complementares àquelas possibilitadas pelas graduações tradicionais¹⁴.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

As características deste estudo podem ser enquadradas no item VIII do artigo primeiro da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁵ e, por esse motivo, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). No entanto, foram consideradas as prerrogativas éticas que devem orientar pesquisas com seres humanos, especialmente no que se refere às informações que possam expor os(as) participantes, conforme preconizado pela Resolução CNS 466/2012.

3 RELATANDO A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SAÚDE COLETIVA

Na etapa de observação ocorreu o primeiro contato com a SES, com os sistemas de informação da instituição e com as funções dos(as) técnicos(as) de cada setor. As atribuições como estagiária incluíam, em um primeiro momento, para adaptação, conhecer os cinco sistemas de informação e a forma como eram alimentados, compreendendo também a organização estrutural da SES. Nessa etapa, foi constatado o cuidado da preceptoria em apresentar a estagiária às equipes, iniciando a aproximação com o ambiente institucional e com os(as) profissionais dos diferentes setores, para além do setor de estágio.

Em relação à participação, pactuou-se a contribuição na construção do Manual do SINASC como principal produto do estágio. No entanto, já se encontrava no próprio planejamento de estágio a possibilidade de demandas cotidianas não previstas ou ainda embrionárias; e a elaboração de sugestões para o aperfeiçoamento do serviço.

No que se refere à atuação, a problematização das demandas, o trabalho em equipe e a troca constante de informações profissionais e intersubjetivas pautaram todo o processo de estágio. A problematização da realidade ocorreu com muitos retornos ao conhecimento acadêmico, sem que essa busca indicasse retrocesso ou mera insegurança. Em vez disso, como primeiro efeito, surtiu a inesperada aproximação com a equipe de saúde do setor de estágio, que parece ter identificado nessa postura a abertura para a aprendizagem permanente no qual todos se encontram, invariavelmente.

Como segundo efeito, foi possível vivenciar também um aprendizado pessoal relacionado ao vínculo com a própria universidade, que não se esgota nas disciplinas cursadas e envolve a possibilidade de (re)encontrar com os(as) docentes oportunidades de diálogo e novos aprendizados, mais horizontais, voltados às ações de estágio.

O retorno ao conhecimento acadêmico e vínculo com a instituição, mencionados anteriormente, podem ser ilustrados por uma situação ocorrida na busca pela definição sobre o que seria aldeia indígena, em linguagem simples e acessível, para inserção no Manual do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, vinculado ao SINASC, do Ministério da Saúde (MS), considerado o principal produto do estágio. Um docente da Antropologia, atuante no Departamento de Saúde Coletiva da UFMT, foi quem auxiliou na elaboração da referida definição.

Convém destacar que esse apoio não se realizou pela mera transmissão de conteúdos, mas pela problematização, de fato, das informações que compunham o terceiro semestre, no qual a disciplina havia sido ofertada. Junto ao docente, o tema foi debatido, revisitado e repensado, possibilitando

novos contornos e olhares para algo com o qual já havia entrado em contato, na graduação.

O trabalho em equipe envolveu engajamento e manifestou-se pelos vínculos estabelecidos gradualmente com a equipe da GEIA e com a preceptoria. Configurou-se como um processo que extrapolou as rotinas e os procedimentos técnicos, como a produção do Manual, por exemplo, já citado, para envolver as relações humanas de um modo não previsto ou imaginado.

O processo de estágio, ao ser vivenciado com abertura para a experiência, permitiu alçar um patamar diferente de inserção e de atuação profissional, com responsabilização (no sentido dar respostas, atender a demandas) de forma situada e intencional, não-automática.

Em relação às trocas profissionais e intersubjetivas com a equipe merecem destaque, em primeiro lugar, a acolhida pela equipe, que materializou o pertencimento, seguida das recorrentes oportunidades para participar das atividades desenvolvidas, como a Conferência do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); videoconferências do Telessaúde MT; atualização de vacinas; acompanhamento da articulação entre os setores para criação do Manual, como Setor de Saúde da Mulher e Tecnologia da Informação; I Encontro do Trabalhador do SUS da SES-MT, apenas para citar algumas atividades.

Em segundo lugar, o planejamento de estágio, que permitiu o acompanhamento e a problematização de situações não previstas inicialmente. A prática dos registros favoreceu a continuidade de ações desenvolvidas, a fim de que aquelas já realizadas não se perdessem e pudessem ser aperfeiçoadas. No caso, especialmente em relação à articulação de parcerias entre os setores da própria SES. Observou-se que o processo de trabalho nem sempre favorecia interações intersetoriais.

Não se esperava familiaridade com o papel a ser desempenhado como estagiária da Saúde Coletiva. A familiarização ocorreu gradativamente e foi se

consolidando nas ações cotidianas, por meio de uma postura proativa e interessada em reconhecer as demandas institucionais.

4 PROBLEMATIZANDO A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SAÚDE COLETIVA

É preciso destacar a importância do estágio para a aproximação, na prática, dos aspectos teóricos envolvidos na atuação cotidiana do(a) bacharel em Saúde Coletiva/sanitarista. Mesmo quando se trata de estágios não-obrigatórios, como os que ocorrem no Projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), coordenado pelo Ministério da Saúde, o potencial representado pela problematização da realidade surge como um fator relevante para a qualificação profissional e para a desconstrução/construção de novos paradigmas em Saúde, conforme observam Souza et al.¹⁶

Ferraz et al.¹⁷, por meio de revisão de escopo, apontaram desafios e limitações para a tradução do conhecimento em saúde, em especial a falta de conexão entre pesquisadores(as) e comunidade. Contudo, isso não seria exatamente uma novidade, não fosse a falta de estrutura e apoio institucionais para que essa conexão ocorra, considerando a fragmentação das ações uniprofissionais, ainda dominantes na formação profissional em saúde. Trata-se, portanto, de construir a interprofissionalidade nas intervenções cotidianas, processo que pode ser iniciado no estágio. Em acréscimo, entende-se que, na esteira dos novos paradigmas para a formação profissional em saúde, como a interprofissionalidade¹⁸, a ênfase recai sobre processos dialógicos e participativos, que não se limita à aplicação ou mero repasse de conteúdos, favorecendo o surgimento de trabalhadores(as) éticos(as) e comprometidos(as) em oferecer respostas aos problemas e demandas apresentados e vividos pela população com a qual se vinculam.

Nessa direção, pode-se afirmar que o estágio desponta como oportunidade singular para conectar informações e pessoas ao longo do

caminho, rumo à interprofissionalidade e à tradução do conhecimento, na qualidade de facilitadores da troca e da (re)construção de saberes entre os(as) interessados(as)¹⁷. Quando a postura problematizadora e colaborativa se estabelece como valor, começam a brotar as raízes da interprofissionalidade, tão cara ao SUS e às ações intersetoriais¹⁹, imprescindíveis para se produzir saúde com qualidade e responsabilidade, na condição de resposta ética às demandas da/com a população.

Conectar, do latim, connectare, significa atar junto, atar um ao outro, agregar vários elementos ou mecanismos a um propósito comum, ligar, relacionar, conectar produtos, pensamentos, ações²⁰. O estágio realizado materializou a possibilidade de conexão entre universidade e serviço; e o mesmo poderia ser mencionado em relação à comunidade, considerando o potencial de articulações possíveis na atuação do(a) sanitário(a).

Viana²¹ destacou a influência do estágio curricular na formação profissional do sanitário pela ampliação de conhecimentos e pela visibilidade profissional devido à vinculação com outros profissionais de Saúde; em outras palavras, a conexão mencionada anteriormente. Na dissertação elaborada pela autora, o estágio também foi considerado uma vitrine para a inserção profissional de egressos, facilitando a contratação no serviço ou sistema de saúde. A pesquisadora denominou de tripé facilitador do estágio a visibilidade institucional, a qual denominou vitrine, envolvendo os seguintes aspectos: 1) qualidade no desenvolvimento do estágio, cujo método deve estar articulado à matriz curricular do próprio curso, aproximando teoria e prática, em disciplinas reflexivas e problematizadoras; 2) comprometimento e qualificação de preceptores e 3) engajamento discente. O trabalho destacou também a proposta prática para intervenção no sistema ou serviço de saúde, ao final do estágio, como algo considerado positivo para a visibilidade da profissão, de modo geral.

Em relação ao engajamento discente como fator facilitador do estágio, cabe ressaltar que não se refere a uma atitude isolada, baseada apenas na

predisposição ou na boa vontade do (a) estagiário (a), mas na capacidade em se aproximar daqueles com os quais as ações são elaboradas e realizadas.

Bezerra et al.²² relatam que o estágio em Saúde Coletiva se refere a um processo que também encerra desafios a serem superados, como o desconhecimento do papel do(a) sanitarista na equipe de saúde, do que muitas vezes decorre a fragilidade de vínculos; além do receio da equipe de saúde às inovações propostas pelos(as) estagiários(as).

Considerando a condição de estagiária apresentada neste relato, foi possível refletir sobre o que seria conhecer o papel do(a) sanitarista na equipe de saúde. Não se pode ignorar as implicações e os efeitos gerados pela inserção recente da graduação para a formação profissional. Contudo, no estágio em questão, o reconhecimento das ações de cada membro da equipe, nas ações cotidianas, permitiu que as identidades fossem configuradas de modo sinérgico, ou seja, fortalecendo-se mutuamente e potencializando resultados.

Cardoso e Sousa²³, ao organizarem o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de pessoas que participaram ativamente da elaboração e implementação da graduação em Saúde Coletiva pelo país, identificaram que, para Mota e Santos²⁴, a atitude e aptidão críticas que fundamentam a Saúde Coletiva ocorrerão nas ações cotidianas, por meio de diálogos estabelecidos entre ciência, política e técnica, apresentados a docentes e discentes no decorrer das atividades acadêmicas. Disso decorre a premissa segundo a qual não se ensina a ser crítico(a), propriamente, pois a capacidade crítica poderá aflorar e se desenvolver nas análises situadas das realidades de saúde. Nesse aspecto, o estágio cumpre a função de possibilitar que tal capacidade encontre meios de se manifestar, de maneira concreta.

Concordando com os autores anteriormente mencionados, há que se registrar, para a experiência do estágio em relato, que conhecer o papel da futura sanitarista, no caso, foi construído nas ações e interações cotidianas, porém sem a preocupação em se definir antecipadamente seus limites e

possibilidades, ainda que o estágio apresentasse, de ambas as partes, o planejamento das linhas de ação a serem seguidas.

No processo de estágio, há um cronograma a ser seguido e metas a serem alcançadas. No entanto, o caminho para a execução das atividades planejadas envolve necessariamente a problematização da situação de saúde, sem a qual as ações perdem a vinculação com a realidade. Isso também significa afirmar que a problematização permite buscar as hipóteses mais viáveis para a solução dos problemas identificados, utilizando conhecimentos disponíveis e dando continuidade a esse processo pela práxis, entendida como atividade transformadora da realidade, nos termos de Berbel²⁵. A autora acrescenta que a práxis implica o aprendizado da tomada de decisão pelo(a) discente, percebendo e avaliando as consequências de suas escolhas em cada situação.

Acredita-se, assim, que a inserção comprometida e participativa deve se sobrepor à necessidade de enquadramento profissional estrito, mesmo correndo-se o risco de um certo desconforto, próprio da exploração de territórios desconhecidos. Esses desbravamentos terão importância crucial na própria configuração da profissão em contextos mais institucionalizados, ao longo dos anos seguintes da trajetória profissional.

Para a equação que envolve manutenção do status quo e transformação das realidades, permanece a incógnita: manifestações de uma Saúde Coletiva inovadora conseguirão superar a permanência de uma Saúde Pública, reificada em suas concepções de saúde atrelada somente às patologias e sem genuína participação social?

Silva et al.²⁶, ao lembrarem a práxis da Saúde Coletiva no processo de formação profissional, afirmaram que isso significa reconhecer a indissociabilidade entre teoria e prática, com foco em práticas sociais transformadoras, ou seja, não repetitivas e tampouco meramente reproduzíveis (o que também se relaciona com a experiência que transforma os sujeitos, nos termos de Larossa⁸).

Isso poderia fortalecer os vínculos da instituição na qual o estágio será realizado com a instituição de ensino superior. O retorno ao conhecimento acadêmico foi decisivo para a percepção de que a formação profissional pretendida na graduação em Saúde Coletiva não está na transmissão de informações, mas no processo de elaboração/construção do conhecimento para uma dada situação, concreta, na realidade de Saúde na qual se está atuando. Afinal, de que serve o conhecimento acadêmico se não puder ser traduzido adequadamente e compreendido por quem dele necessita ou pode se beneficiar? Não se trata de uma tradução unilateral, mas da utilização da linguagem a serviço de uma atuação profissional baseada em relações dialógicas. Recíprocas, portanto.

Por último, porém sem nenhuma pretensão de esgotar a complexidade e os aprendizados decorrentes da experiência de estágio, será preciso destacar a importância representada pela oportunidade de responsabilização pelas atividades desempenhadas, tanto no que se refere à tomada de decisão, quanto na avaliação de seus efeitos/consequências. O Manual do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, produto final pactuado para o estágio, representou a soma de um esforço coletivo. Participar dessa construção produziu memórias que estarão presentes e atuantes no desdobramento das ações profissionais futuras como sanitarista.

3 POR ESTÁGIOS MAIS INCLUSIVOS E PROBLEMATIZADORES DA REALIDADE

Ao encerrar o relato do estágio realizado, importa redefini-lo como oportunidade singular de exercitar a capacidade reflexiva e crítica do(a) bacharel em Saúde Coletiva, extrapolando normativas institucionais, para as quais o estágio supervisionado e obrigatório se apresenta, muitas vezes, apenas como ação curricular que visa colocar em prática conhecimentos adquiridos na graduação em Saúde Coletiva.

Conforme explicitado ao longo deste relato de experiência, não se trata de ensinar a ser crítico(a) ou reflexivo pela transmissão de conteúdos, mas pelo desenvolvimento da habilidade de responder a demandas, considerando situações concretas e passíveis de transformação, balizadas por limitações que também precisam ser reconhecidas, como a insuficiência de recursos e/ou de articulações para o contexto de saúde apresentado.

Nessa direção, desenvolver a capacidade de se responsabilizar pelas ações em equipe, realizadas no estágio, pode fortalecer a interprofissionalidade na solução de problemas, potencializando resultados e tornando o estágio uma experiência que orientará o(a) futuro(a) sanitário(a) na articulação de conhecimentos com outros profissionais.

A experiência humanizada do estágio pelo acolhimento, por relações de troca e de participação nas equipes torna-se fundamental para que o(a) estagiário(a) se reconheça como agente transformador da realidade. Em acréscimo, também permite que possa avaliar, de modo crítico e reflexivo, as limitações de sua atuação como sanitário, compreendendo que a complexidade das situações de Saúde exige que as respostas sejam articuladas, de modo dialético, com recursos e estruturas disponíveis, nem sempre suficientes, mas estratégicos e possíveis, em determinado momento.

REFERÊNCIAS

1. Silva VC, Domingues HS, Rocha CMF. Desafios e possibilidades da inserção profissional de bachareis em Saúde Coletiva. *Rev Insepe*. 2017; 2(2): 14-34.
2. Mangueira JO, Silva LR, Medeiros KR, Santos CR, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: formação, identidade profissional e inserção no mercado de trabalho. *Research, Society and Development*. 2021; 10(5): e21810514746.
3. Pereira EL, Carneiro R. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva? *Saúde Soc*. 2019; 28(2): 53-66.

4. Carneiro R. E o que faz/pode fazer um bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção da saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Col.* 2013; 7(3): 103-113.
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Parecer CNE/CES n.º 242/2017, aprovado em 06/06/2017. DF: MEC; 2017.
6. Brasil. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Disponível em <http://www.mtecho.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/ResultadoOcupacaoMovimentacao.jsf>
7. Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva. Projeto Pedagógico da Graduação em Saúde Coletiva. Cuiabá, MT: ISC/UFMT; 2013.
8. Larossa J. Tremores: escritos sobre experiência. 1.ed. 5.reimpr. Belo Horizonte: Autêntica; 2021.
9. Larrosa L. Experiência e alteridade em Educação. *Rev Reflexão e Ação.* 2011; 19(2): 04-27.
10. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Decreto nº 2.916, de 19 de outubro de 2010. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde. Art. 40. Atualizado pelo Decreto n.º 940, de 20 de maio de 2021. Disponível em www.transparencia.mt.gov.br/documents.
11. Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública.* 1998; 32 (4): 299-316.
12. Athayde M. Historicidade. *Laboreal.* 2014; 10(1): 98-100. Disponível em http://laboreal.up.pt/files/articles/98_100_4.pdf [Acesso 21 fev 2022].
13. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade.* 2009; 18(supl.2): 11-23.
14. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15 (4): 2029-2038.
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> [Acesso 21 fev 2022].

16. Souza EC, Castro Júnior AR, Cavalcante ASP, Torres RAM, Silva MRF. Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. *Saúde Debate*. 2019; 43(122): 897-905.
17. Ferraz L, Pereira RPG, Pereira AMRC. Tradução do conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. *Saúde Debate*. 2019; 43(Esp.2): 200-216.
18. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface comun. saúde educ*. 2016; 20(56): 199-201.
19. Paro CA, Pinheiro R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface*. 2018; 22(Supl.2): 1577-1588.
20. Dicionário Online de Português. Conectar. Disponível em <https://www.dicio.com.br/conectar/> [Acesso 10 jun 2021].
21. Viana JL. Sou bacharel em saúde coletiva, e agora? Sobre quando novos sanitaristas entram no mundo do trabalho. Natal, Rio Grande do Norte. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal; 2017.
22. Bezerra APS, Moutinho AF, Alkmin DFB, Morais IA. A percepção do graduando em saúde coletiva sobre o estágio supervisionado. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013; 7(3): 115-127.
23. Cardoso AJC, Sousa MF. Bacharel em Saúde Coletiva: um Elo que faltava na Rede. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013; 7(3): 205-216.
24. Mota E, Santos L. O que se pode alcançar com a Graduação em Saúde Coletiva no Brasil? *Tempus Actas Saúde Col*. 2013; 7(3): 37-41.
25. Berbel NAN. A utilização da Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez no cuidar em saúde. In: França FCV et al. (orgs.). *O processo de ensino e aprendizagem de profissionais de saúde: a Metodologia da Problematização por meio do Arco de Maguerez*. Coleção Metodologias Ativas, v.1. Brasília: UnB/Faculdade de Ciências da Saúde; 2016: 101-119.
26. Silva NEK, Ventura M, Ferreira J. Graduação em Saúde Coletiva e a construção de cenários práticos. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013; 7(3): 91-101.

Expectativa profissional e conhecimentos dos trabalhadores da vigilância da água sobre a fluoretação

Expectation of professional development and knowledge of water surveillance's workers on fluoridation

Expectativa profesional y conocimiento de los trabajadores de vigilancia del agua sobre las fluoruración

Bruna Zane Kennup³³

Lorrayne Belotti³⁴

Carolina Dutra Degli Esposti³⁵

Paulo Frazão³⁶

Karina Tonini dos Santos Pacheco³⁷

RESUMO

Objetivou-se investigar o conhecimento dos trabalhadores da vigilância da água sobre fluoretação e as expectativas de desenvolvimento profissional. Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados os profissionais de sete municípios de uma região metropolitana brasileira. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática. Embora o conhecimento sobre o papel da vigilância tenha sido adequado, houve dúvidas nos objetivos, riscos e benefícios da fluoretação. A atenção dada pelos

³³ Cirurgiã-dentista, Mestra em Clínica Odontológica – Universidade Federal do Espírito Santo - Centro de Ciências da Saúde. Email: bruna.zkenupp@gmail.com

³⁴ Cirurgiã-dentista, Doutoranda em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública- Universidade de São Paulo (FSP-USP)

³⁵ Cirurgiã-dentista, Doutora em Saúde Coletiva – Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

³⁶ Cirurgião-Dentista, Doutor em Saúde Pública, Professor titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP/USP.

³⁷ Cirurgiã-dentista, Doutora em Saúde Coletiva – Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

trabalhadores não foi compatível com a relevância do ponto de vista da efetividade e da segurança que a fluoretação tem na saúde da população. As expectativas de desenvolvimento profissional não têm sido satisfeitas. Há uma fragilidade da estruturação e institucionalidade das práticas relacionadas à vigilância em relação ao parâmetro fluoreto no âmbito das organizações sanitárias de nível local.

Palavras-chave: Fluoretação. Vigilância em Saúde Pública. Educação Profissional em Saúde Pública. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the knowledge of water surveillance workers about fluoridation and the expectations of professional development. Professionals from seven municipalities in a Brazilian metropolitan region were interviewed. Thematic Content Analysis technique was applied. Although knowledge about the role of surveillance was adequate, there were doubts about the objectives, risks, and benefits of fluoridation. Furthermore, the workers' attention was not compatible with the relevance of positive effects and safety of this public health measure has in the health of the population. There is a fragility of the structure and institutionality of the surveillance practices about the fluoride parameter in the local health surveillance organizations.

Keywords: Fluoridation. Public Health Surveillance. Education, Public Health Professional. Health Human Resource Training.

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue investigar el conocimiento de los trabajadores de vigilancia del agua sobre la fluoración y las expectativas de desarrollo profesional. Estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo. Se entrevistó a profesionales de siete municipios de una región metropolitana de Brasil. Se utilizó la técnica de análisis de contenido temático. Aunque el conocimiento sobre el papel de la vigilancia era adecuado, había dudas sobre los objetivos, riesgos y beneficios de la fluoración. La atención prestada por los trabajadores no era compatible con la importancia desde el punto de vista de la efectividad y seguridad que tiene la fluoración en la salud de la población. No se han cumplido las expectativas de desarrollo profesional. Existe una debilidad en la estructuración e institucionalidad de las prácticas relacionadas con la vigilancia en relación con el parámetro del fluoruro dentro del alcance de las organizaciones de salud a nivel local.

Palabras-clave: Fluoruración. Vigilancia en Salud Pública. Educación en Salud Pública Profesional. Capacitación de Recursos Humanos en Salud.

1 INTRODUÇÃO

A fluoretação da água de abastecimento público, reconhecida como um dos fatores responsáveis pelo declínio da cárie dentária na população nos países mais desenvolvidos¹, foi considerada pelo Centro de Controle de Prevenção de Doenças (CDC) como uma das dez estratégias de saúde pública do século XX mais importante nos Estados Unidos da América². Contudo, para que a fluoretação da água produza o efeito preventivo esperado, sem riscos ou danos à saúde, é necessário manter a concentração ajustada em torno de um determinado nível considerado ótimo, aspecto que pode ser assegurado estruturando adequados sistemas de vigilância³.

Um dos desafios ligados a essa estruturação, diz respeito ao desenvolvimento de iniciativas voltadas à análise da força de trabalho vinculada aos sistemas de vigilância a fim de que estes possam contar com trabalhadores portadores das habilidades necessárias para exercício das atividades exigidas. Fortalecer a capacidade de vigilância da saúde pública requer o compromisso de recursos e soluções criativas para ampliar as habilidades da força de trabalho, oferecendo oportunidades de emprego, formação e carreira viável para os trabalhadores nos diferentes níveis federal, estadual e local⁴.

Do ponto de vista da formação e desenvolvimento desses trabalhadores, a proposta de educação permanente em saúde formulada nos anos 1990 no âmbito da Organização Panamericana de Saúde é uma estratégia para a construção de processos mais eficazes que partem da realidade concreta e são mais participativos⁵. Ela se diferencia da chamada “educação continuada”, entre outros aspectos, porque tem por objetivo a transformação das práticas de saúde por meio de atividades contínuas voltadas à equipe multiprofissional e centradas na resolução de problemas^{6,7}.

Embora os sistemas eletrônicos de dados que monitoram as ameaças à saúde tendem a se tornar automatizados, o conhecimento humano é e sempre será crucial para a identificação das condições de risco, analisando, interpretando e comunicando os resultados a todos os interessados. Os limites entre o conhecimento fundamentado e o senso comum estão cada vez mais obscurecidos. Devido ao potencial viral da internet e das redes sociais⁸, as estratégias tradicionais de comunicação científica e de desenvolvimento profissional podem não ser mais efetivas. Se de um lado, a educação profissional não tem acompanhado o ritmo dos desafios do século XXI (currículos fragmentados, ultrapassados e estáticos que produzem graduados com pouco ou nenhum embasamento no conceito de prevenção e saúde populacional, e portanto mal equipados para as tarefas cognitivas exigidas pelas atividades de vigilância), por outro as oportunidades de desenvolvimento profissional não tem sido aproveitadas para o aprimoramento das competências dos trabalhadores da vigilância⁴.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde no período de dezembro de 2018 pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) indicavam cerca de 26 mil trabalhadores em atuação nas áreas da vigilância sanitária e ambiental e provável interface com a vigilância da água, como fiscais sanitários, técnicos em saneamento, agentes de saneamento, entretanto são poucos os estudos sobre esses profissionais. Entre os problemas da gestão do trabalho em saúde no país, destacam-se treinamento inadequado, centralizado e de impacto duvidoso; motivação deficiente; falta de incentivo para qualidade e produtividade e desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho⁹⁻¹¹.

Assim como se reconhece a falta de planos de qualificação profissional de médio e longo prazo destinados aos trabalhadores técnicos do campo da vigilância¹², pode-se supor a ausência de iniciativas e de incentivos voltados ao desenvolvimento dos profissionais de nível superior. No que pese a responsabilidade das autoridades sanitárias municipais pela vigilância e

implementação de um plano próprio de amostragem da água na rede de abastecimento público tenha sido estabelecida em 2000¹³ nenhum estudo investigou as expectativas de desenvolvimento profissional e o conhecimento dos trabalhadores que atuam nos órgãos de vigilância monitorando a água de consumo em relação à concentração de fluoreto, um parâmetro relevante para avaliação da sua qualidade, seja pelo potencial de provocar fluorose dentária, quando em níveis elevados, seja pela possibilidade de prevenção da cárie dentária, quando em níveis adequados. A evolução dos conhecimentos científicos tem reclamado atualização dos dispositivos normativos que orientam as práticas de vigilância¹⁴⁻¹⁶.

Dessa forma, o conhecimento sobre essa medida destaca-se como um fator importante no processo de trabalho. A falta de atividades de educação permanente destinadas aos envolvidos direta e indiretamente com a vigilância da água pode levar a que o trabalho seja realizado sem a capacitação necessária para garantir sua segurança, podendo impactar negativamente tanto a descentralização quanto a execução das ações de monitoramento dos riscos¹⁷.

Diante disso, verificar o conhecimento dos trabalhadores que orientam, do ponto de vista técnico, as autoridades sanitárias, é muito relevante na busca por uma vigilância efetiva que garanta água de qualidade segundo os padrões estabelecidos e as exigências de proteção da população. A investigação de como esses trabalhadores atuam em nível operacional e exercem papel na implementação das políticas de vigilância da água pode oferecer elementos relevantes sugestivos do grau de estruturação e institucionalidade de determinadas práticas no âmbito das organizações sanitárias de nível local. Assim, o objetivo foi investigar o conhecimento dos trabalhadores da vigilância da água sobre fluoretação e as expectativas de desenvolvimento profissional em uma região metropolitana brasileira.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Esse tipo de pesquisa se apresenta com uma particular relevância por se ocupar de um objeto que não pode ser quantificado, ou seja, do universo dos significados, impulsos, aspirações, concepções, valores e condutas^{18,19}.

O cenário da pesquisa foi constituído pelos sete municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES): Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Essa região concentra a maior parte da população do estado do Espírito Santo (50,24%)²⁰ e, em 2017, apresentou o IDHM de 0,781, acima da média brasileira, que é de 0,778²¹. Segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), em 2017, o percentual de cobertura do abastecimento de água tratada e fluoretada na RMGV era de 88,15%. O município com maior cobertura foi Vila Velha, com 95,80% de sua população atendida, e o com menor cobertura foi Viana, com 71,40% (www.snis.gov.br).

Os órgãos de vigilância das secretarias da saúde de cada um dos sete municípios da região foram contatados e os trabalhadores que representassem a referência técnica do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) foram convidados a participar. O VIGIAGUA foi criado em 1986 e a partir da primeira década do século XXI, o programa coordenado pelo Ministério da Saúde ganhou maior estruturação em seus elementos de formulação e nas atividades de implementação²². A referência técnica atua representando a instância municipal dentro da divisão das responsabilidades do Programa. Cabe a esse trabalhador, entre outras atividades, examinar se os resultados dos laudos físico-químicos enviados pelos laboratórios apresentam valores de concentração de fluoreto compatíveis com os padrões de potabilidade exigidos pelo Ministério da Saúde. Caso não estejam adequados, o profissional deve alertar a autoridade sanitária que é responsável por acionar as medidas cabíveis, dentre elas o contato com a

concessionária responsável pelo tratamento da água. As narrativas fornecidas por esses trabalhadores podem permitir o acesso a “conhecimentos locais” e experiências em um contexto organizacional capaz de iluminar determinadas dimensões que propiciariam uma compreensão mais profunda da administração pública²³.

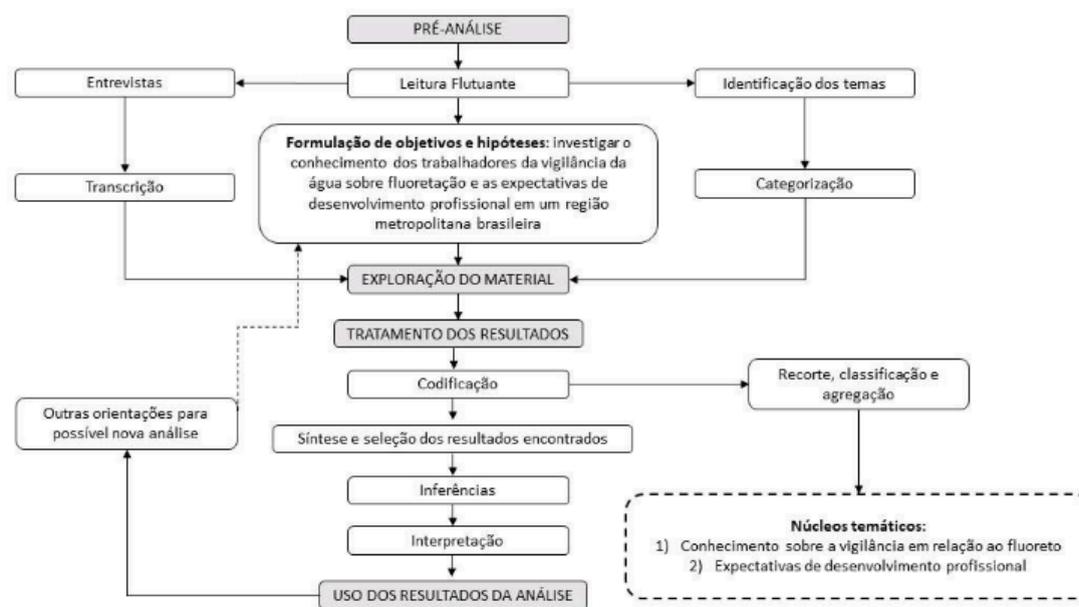
Para as entrevistas, foi utilizado um roteiro guia contendo questões sobre: trajetória profissional; capacitação para o trabalho; conhecimento sobre o VIGIAGUA – função, divisão das responsabilidades; importância da análise do flúor, riscos e benefícios dessa medida e a legislação em vigência a ser seguida. Esse roteiro foi previamente testado por meio de um estudo piloto, realizado em abril de 2015 em município vizinho à região²⁴. As entrevistas individuais foram realizadas em data e local de preferência dos entrevistados. Elas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, com auxílio do programa *Listen N Write*, e parte do material discursivo foi utilizado neste estudo. Para garantia do anonimato, os entrevistados foram codificados em letras de A a G.

A interpretação do material foi baseada na Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011)²⁵, organizada em torno de três polos: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Durante a pré-análise realizou-se um contato inicial com o conteúdo da transcrição de cada entrevista, por meio de uma leitura compreensiva, a fim de obter uma visão do material no âmbito geral e nas suas peculiaridades (Figura 1). Isso permitiu a montagem de uma estrutura de núcleos temáticos, servindo como base para a interpretação, segundo os objetivos da pesquisa. Na exploração do material, trechos das narrativas foram selecionados e categorizados, possibilitando a identificação e problematização das ideias, explícitas e implícitas, avultando sentidos e potenciais conexões com a literatura científica. Por fim, na etapa do tratamento dos resultados, a síntese interpretativa foi o ponto de chegada da articulação realizada entre os objetivos

do estudo, as inferências realizadas, a base teórica adotada e os dados empíricos^{18,25}.

Figura 1. Modelo de análise dos dados. RMGV-ES, 2020.



Adaptado de Bardin (2011)

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), seguindo as normas da Resolução n. 466/12, parecer nº767.637 Todos os participantes foram informados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

Dos sete participantes do estudo, cinco possuíam curso superior em áreas distintas das ciências (enfermagem, ciências biológicas, oceanografia ou letras português/inglês). Todos eram profissionais efetivos em seus municípios, atuando em resposta às necessidades do território e às exigências do VIGIAGUA. Além disso, quatro deles possuíam pós-graduação, em áreas como Vigilância em Qualidade da Água, Vigilância em Saúde Ambiental,

Educação Ambiental, Atenção Primária à Saúde, Ensino de Jovens e Adultos e Mestrado em Clínica Veterinária.

Dois profissionais participaram de cursos específicos voltados ao VIGIAGUA, entretanto, um deles relatou a necessidade de uma reciclagem para atualização por ter realizado há mais de cinco anos o curso referido. Os demais entrevistados não participaram de cursos ou atividades de educação permanente, aprendendo o ofício com os próprios colegas de trabalho ou quem ocupava anteriormente o cargo.

Da análise temática do conteúdo das entrevistas emergiram dois núcleos temáticos: “conhecimento sobre a vigilância em relação ao fluoreto” e “expectativas de desenvolvimento profissional”.

3. 1 Conhecimento sobre a vigilância em relação ao fluoreto

A respeito do papel e importância do VIGIAGUA, todos os entrevistados destacaram como objetivo a “qualidade da água”, e o reconheceram como ferramenta de controle e fiscalização para garantia dos padrões de potabilidade da água para a população. Nos depoimentos, surgiram termos como “prevenção”, “promoção da saúde”, “tranquilidade e segurança”, “orientar a população”, e, ainda, a “atenção concentrada em populações vulneráveis para escolha dos pontos de coleta das amostras”.

“[...] é uma tranquilidade, uma segurança, né, que a gente está ali, monitorando, controlando, orientando a população, então a saúde [...] ela só tem a ganhar, então, é qualidade de vida, melhoria na qualidade, na promoção da saúde.”
(entrevistado D)

Os entrevistados pareceram compreender, além do papel, o universo das ações executivas do Programa:

“[...] porque o VIGIAGUA [...] ele monitora se as distribuidoras de água estão fornecendo a água de qualidade, entendeu? É essa a contribuição. Pra gente fazer esse monitoramento pra ver se realmente a água que tá sendo distribuída tá sendo de boa qualidade, entendeu? As

soluções alternativas individuais, se o pessoal tá bebendo água de qualidade ou não dos poços[...] se não estiver de acordo com os padrões de potabilidade é, o que nós vamos fazer pra que isso aconteça. [...] Então é esse monitoramento aí pra garantir que a população tenha uma água de qualidade, entendeu?” (entrevistado F)

Quando questionados a respeito da legislação vigente sobre a potabilidade das águas para consumo humano, todos os participantes disseram não haver uma portaria municipal sobre a medida, e que se orientavam por uma Portaria determinada pelo Governo Federal. Contudo, nem todos souberam dizer de qual Portaria se tratava, conforme os trechos:

“[...] (legislação municipal) Não. Existe só a questão da Portaria cinco... quer dizer, onze... que fala no geral.” (entrevistado A)

“[...] uma Portaria federal. Agora de cabeça [eu não sei]...” (entrevistado E)

Sobre as responsabilidades de cada esfera de governo junto ao Programa, destacou-se nas falas dos entrevistados uma hierarquia no repasse de informações e problemas, sendo o Estado e a União órgãos fiscalizadores e de monitoramento das ações executoras do Município, como caracterizado no trecho de fala a seguir:

“[...] quando a gente tem algum problema que a gente não consegue resolver, a referência técnica estadual tem que tá à disposição da gente [...] então se o Estado não consegue atender a gente, ele faz o contato com o ministério e aí vai chegando pra gente.” (entrevistado C)

Observou-se certa limitação entre o que foi respondido pelos entrevistados a partir do que observavam no dia a dia do processo de trabalho e as reais competências que estão determinadas pela Portaria 2.914/2011.

“[...] o município é basicamente o executor das políticas do SUS, o Estado na verdade ele tem mais a atribuição de dar o suporte ao Município, reunir os dados municipais, compilar aquilo e enviar para Brasília, para o Ministério da Saúde. E no caso do nível federal seria mais, não no nível

de executar, mas no nível, digamos assim, mais tático e estratégico, ou seja, você formular a política, por exemplo, revisar a questão legal da Portaria.” (entrevistado B)

Com relação à concentração adequada de fluoreto na água de abastecimento, de maneira geral, os entrevistados que não souberam definir a Portaria vigente sobre a vigilância da qualidade da água, também não souberam informar a concentração adequada de fluoreto nas águas de abastecimento, determinada pela mesma. Dois dos sete entrevistados indicaram a Portaria 635/75 como uma fonte de referência para suas ações. Os dois trechos a seguir apresentam essas diferenças no conhecimento entre os participantes da pesquisa:

“[...] (concentração ideal) A gente segue a da portaria, né. E.. mais assim ainda... entre 2 e... 2 é, me fugiu aqui à cabeça.”(entrevistado E)

“[...] nesse parâmetro, inclusive, na própria Portaria tem uma recomendação, ele segue na verdade a Portaria 635.”(entrevistado B)

Ainda quando questionados sobre a Portaria que aborda os teores adequados de fluoretos, um dos entrevistados completou a sua resposta relatando que o monitoramento do fluoreto não tem sido priorizado no trabalho da vigilância:

“[...] a gente não tem priorizado muito esse parâmetro, né, como a gente tem dado atenção para os outros parâmetros, o nosso foco ainda costuma estar dentro do cloro, do coliforme, do microbiológico, e da turbidez, né, do pH [...] Do flúor agente já não tem, acho que falta mesmo né, o município colocar isso aí que é importante e fazer um controle melhor do flúor.” (entrevistado C)

Sobre os riscos do excesso do composto na água de abastecimento, dois entrevistados alegaram não saber responder, e os outros o relacionaram como causa de abortos espontâneos, perda de elementos dentais, fragilidade nos dentes, redução na inteligência/QI, substituição do cálcio dos ossos por flúor,

alteração na formação óssea, e até cárie dentária. Apenas um entrevistado citou a fluorose dentária, um desfecho comprovado pela literatura científica, como consequência do consumo de água com elevada concentração de fluoreto durante a formação da dentição. Conforme certas narrativas, espera-se acontecer o problema para agir e recorre-se a fontes duvidosas de conhecimento.

“[...] o termômetro vai ser a reação na população, né, se você tem aí 3, 4, 5, 6 abortos no mesmo dia espontâneo, você já pode... Já pode ir atrás, não é uma coisa comum.” (entrevistado D)

“[...] eu pesquisei um pouquinho, então a gente acaba lendo umas informações que a gente não sabe se é verdade, se é mentira. Eu até fiz uma brincadeira com a minha irmã, falei quando você tiver água tratada você vai ficar menos inteligente porque um estudo diz que o flúor reduz o QI, então é informação que a gente vai pegando aleatória.” (entrevistado D)

Sobre os benefícios da adição do fluoreto em concentração adequada, foram citados: ter um sorriso bonito; proteção dos dentes; prevenção de cárie em crianças; vida saudável; algum benefício para quem não pode ir ao dentista; e combate à cárie dentária. Um entrevistado não soube responder e outro alegou não saber qual benefício poderia haver para adultos.

“[...] o que propriamente dito eu não vou saber te responder. Mas que tem benefício tem.” (entrevistado F)

A fluoretação da água como uma medida coletiva e não individual também foi um tema de dúvidas nos entrevistados.

“[...] os benefícios que a gente vê é justamente um sorriso bonito, proteção né dos dentes, mas isso aí né uma coisa que poderia tá se fazendo mesmo, cada um né na sua residência, sem ter que passar por esse risco todo pra todo mundo.”(entrevistado D)

3.2 Expectativas de desenvolvimento profissional

Nenhum dos entrevistados havia participado de qualificação específica no tema “fluoretos”, como forma de desenvolvimento profissional para o exercício de suas funções. Um aspecto positivo é que devido à mudança do sistema de informação de apoio ao VIGIAGUA, foi ofertado treinamento específico. No entanto, essa capacitação foi desenvolvida tendo em vista os aspectos operacionais do sistema, não sendo planejado momentos de reflexão sobre os diferentes sentidos ligados ao trabalho como denotam os seguintes relatos:

“[...] marque ‘x’ nisso, ‘x’ naquilo, entendeu? [...] a gente só sabe que tem que fazer tantas análises, mas porque eles têm que fazer tantas análises? Entendeu? Por quê?” “[...] Quem tem formação química na área fica mais claro, entendeu? Eu praticamente assim, fui capacitada uma técnica para coleta e inserção de dados no sistema, porém sem conhecimento do que eu estava fazendo” (entrevistado F)

Apesar de destacarem a necessidade de atividades de desenvolvimento profissional, a maioria dos entrevistados se sentia preparada para o exercício das suas funções. Um técnico, ao responder com segurança sobre este questionamento revelou, entretanto, o que pensava sobre seu papel, alegando que sua função era “bem simples” e que não havia muito que pensar.

Durante as entrevistas, foram citados alguns aspectos que representam importantes obstáculos para o planejamento de atividades de educação e desenvolvimento profissional, como a rotatividade dos profissionais e a falta de um plano operativo que, entre seus componentes, indicasse os padrões esperados do ponto de vista do controle de riscos em relação às atividades de vigilância.

“[...] Porque tem coisa que eu faço porque a pessoa que tava aqui me passou [...] quando eu tenho dúvida ou alguma coisa, eu ligo pra (referência regional) [...] às vezes ela tá lá aí depois muda pra outra pessoa, todo mundo que entra é sem experiência.” (entrevistado A)

“[...] Mesmo porque existe muita rotatividade de técnicos nos municípios e o último treinamento do Estado [...] não era eu ainda.” (entrevistado C)

Outros fatores que influenciam no desenvolvimento profissional foram a falta de estrutura para se colocar em prática o aprendido e a sobrecarga de trabalho. Os trechos abaixo deixam claro que a sobrecarga de trabalho representava para os trabalhadores um fator desencorajador bastante relevante em relação às iniciativas pessoais voltadas ao desenvolvimento profissional:

“[...] Não adianta ficar fazendo um monte de curso se na prática não vai ser colocado”. (entrevistado E)

“[...] além desse serviço todo, eu faço toda a parte administrativa [...] às vezes, você acabou de sair de um treinamento para tentar aplicar determinadas coisas, e você acaba desviando.” (entrevistado B)

“[...] Porque, assim, como nunca tive o treinamento, embora os treinamentos do estado eles não são específicos pra cada parâmetro analisado, o que a gente é dentro do município, a gente não fica restrito a uma atividade só, você tem várias responsabilidades ali dentro, então nem sempre você tem uma oportunidade de parar e falar assim ‘deixa eu olhar o que tem de novidade aqui, deixa eu me aprofundar mais sobre determinado parâmetro, deixa eu ler um pouquinho mais sobre os manuais que o ministério tem’, porque tem muita coisa boa do ministério da saúde de manuais né, que você pode consultar que você pode ler pra aprofundar o seu conhecimento, e nem sempre a gente tem essa oportunidade de fazer dentro do nosso local de trabalho.” (entrevistado C)

“[...] Ninguém vai pegar uma portaria daquele tamanho, minha filha, um monte de coisa pra fazer aqui a mais, uma ponta na outra. Não vai. Entendeu?” (entrevistado F)

4 DISCUSSÃO

A principal contribuição foi verificar que o conhecimento geral dos trabalhadores sobre o papel da vigilância foi adequado, entretanto o conhecimento sobre objetivos, riscos e benefícios da fluoretação das águas de abastecimento público incluindo sua vigilância foi marcado por dúvidas e bastante limitado, ensejando um trabalho mecânico, com pouca formação

crítica e domínio das ações que desenvolvem. Além disso, a atenção dada pelos trabalhadores não tem sido compatível com a relevância do ponto de vista da efetividade e da segurança que a medida de saúde pública tem na saúde da população; e que as expectativas de desenvolvimento profissional não têm sido satisfeitas seja pela falta de planos operativos seja pela rotatividade dos trabalhadores.

De fato, lacunas entre a formulação do programa e sua implantação na instância municipal²⁶, problemas de capacitação dos trabalhadores da vigilância, e a questão do perfil profissional entre outros aspectos, têm sido documentados em nosso meio⁹⁻¹¹. Os resultados encontrados indicaram a falta de projetos de desenvolvimento profissional, um aspecto descrito em outros estudos¹⁰. Destaca-se também a ausência de planos de qualificação profissional de médio e longo prazo destinados aos trabalhadores de nível técnico do campo da vigilância¹².

Um dispositivo político-institucional e normativo que poderia ser acionado para apoiar a criação de oportunidades de desenvolvimento profissional neste campo seria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 e que representa um marco para a formação e trabalho em saúde no país, por se constituir em uma importante ferramenta de ensino-aprendizagem para o cotidiano do trabalho e das organizações²⁷. Tal dispositivo seria mais efetivo se as organizações implementassem medidas para superar os problemas da falta de uma gestão profissionalizada²⁸. Estudo de caso com trabalhadores da vigilância num importante município brasileiro indicou insuficiente capacitação; desmotivação dos profissionais; insuficiente gratificação; não institucionalização do Plano de Cargos, Carreiras e Salários; baixa utilização do potencial dos técnicos e indefinição de requisitos éticos para exercer funções de fiscalização sanitária¹¹.

Por outro lado, investigação com fiscais de 53 municípios de um estado brasileiro mostrou alto comprometimento afetivo e alto sentimento de obrigação pelo desempenho entre os trabalhadores da vigilância²⁹. Assim,

caberia aos trabalhadores do VIGIAGUA impulsionar esforços organizativos em nível regional para sensibilizar as lideranças políticas e as autoridades sanitárias visando à formulação de propostas de desenvolvimento e retenção profissional.

Os resultados do corrente estudo indicaram que certos conhecimentos que fundamentam as práticas não eram de pleno domínio dos trabalhadores. Apesar de destacarem a importância do VIGIAGUA na promoção da saúde, os entrevistados não mostraram conhecimento adequado sobre o dispositivo normativo que regula os procedimentos de qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, as recomendações de como proceder em situações adversas, os níveis padronizados e os papéis de cada esfera de gestão³⁰.

Ressalta-se que alguns entrevistados tinham dúvidas sobre a segurança da tecnologia de saúde pública vinculando-a a efeitos como diminuição do quociente de inteligência e abortos espontâneos. Na ausência de projetos de desenvolvimento profissional articulado às necessidades do trabalho, os agentes da vigilância buscam apoio em fontes de conhecimento duvidoso levando a desinformação sobre um importante parâmetro da qualidade da água ligado à fluoretação.

Estudo realizado com objetivo de investigar senso público sobre a fluoretação da água no Twitter, encontrou que, entre 2009 e 2017, cerca de 59% dos tweets publicados enfatizavam aspectos negativos relacionados a medida e menos de 15% destacavam os efeitos positivos³¹. Com as mudanças aceleradas do mundo contemporâneo, a saúde pública está se defrontando com a propagação crescente de conteúdo falso na internet e nas redes sociais, um fenômeno que pode prejudicar a manutenção de políticas públicas como a vacinação e a fluoretação da água e trazer importantes desafios para o combate a desinformação online⁸.

Conhecimento insuficiente da legislação pelos próprios atores da vigilância pode resultar na precariedade da fiscalização da qualidade da água

do sistema público. A capacitação profissional poderia melhorar a compreensão do alcance e das limitações dos dispositivos normativos, elevando o domínio do profissional para a tomada de decisões em diferentes situações, uma vez que a falta de entendimento sobre o objeto e o processo de trabalho pode favorecer um trabalho predominantemente repetitivo, mecanicista e técnico. A política da educação permanente representa uma estratégia que busca formar profissionais com capacidade crítica, reflexiva, com propósitos, determinados a realizar suas tarefas com compromisso e competência técnica e com o intuito de tornar a rede pública um local de ensino-aprendizagem no processo de trabalho³².

O ajuste da concentração de fluoreto é uma dessas políticas cujo domínio deve fazer parte do conjunto de competências essenciais dos trabalhadores da vigilância ambiental. Um estudo com mais de 10 mil profissionais de órgãos de saúde pública do EUA sobre as percepções a respeito das suas habilidades para o monitoramento dessas políticas mostrou que 28% não consideravam importante essa competência. Entre os demais, 35% relataram dificuldades para aplicar essa habilidade. Como a capacidade de qualquer órgão sanitário de realizar essa competência, considerada essencial, é dependente, pelo menos em parte, das habilidades de sua força de trabalho, os pesquisadores chamaram atenção das lideranças de saúde pública para a necessidade da oferta de oportunidades de desenvolvimento profissional com o objetivo de abordar essa competência transversal, abrangendo mais de um determinado tópico a fim de garantir a conexão do conhecimento com a prática relacionada as tarefas diárias da força de trabalho³³.

O estudo tem algumas limitações, entre as quais, aquelas inerentes às pesquisas que se valem de entrevistas. É reconhecido que elas não oferecem dados sobre o que os sujeitos fazem, mas sim sobre o que eles relatam sobre uma determinada questão, e principalmente, de que modo relatam, o que pode ser muito importante para a compreensão do significado que certa questão assume para determinado entrevistado. Embora o fenômeno tenha sido

investigado em um espaço específico, podendo-se admitir num contexto diverso, a presença de outras condições não investigadas, os resultados encontrados dizem respeito a uma importante região metropolitana brasileira e podem fornecer conhecimento construtivo e útil para futuros estudos.

Tendo em vista que um dos papéis destes trabalhadores é o controle da qualidade da água para o consumo humano, incluindo a vigilância da concentração de fluoreto em nível adequado, o fato de estarem privados desta formação político-pedagógica é um fator preocupante, que pode inclusive reforçar a perspectiva de uma “vigilância de desfechos”, ou seja, uma ação que espera acontecer o problema para atuar, no lugar de se antecipar e prevenir possíveis agravos. Caberia aos níveis estratégicos do sistema de saúde a formulação de planos que propiciam a criação de projetos de apoio ao desenvolvimento profissional desses trabalhadores. Recursos existentes nas instituições de ensino superior, especialmente nas áreas de Saúde Pública, Engenharia Sanitária e Ambiental e na Odontologia poderiam ser mobilizados e melhor aproveitados em iniciativas de educação permanente voltadas ao aprimoramento das estratégias de saúde pública voltadas ao meio ambiente como o controle dos contaminantes químicos, da poluição do ar e da qualidade da água de consumo humano.

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que, na região metropolitana investigada, embora o conhecimento geral dos trabalhadores sobre o papel da vigilância tenha sido adequado, o conhecimento sobre objetivos, riscos e benefícios da fluoretação das águas de abastecimento público incluindo sua vigilância foi marcado por dúvidas e bastante limitado ensejando um trabalho mecânico, com pouca formação crítica e domínio das ações que desenvolvem. Além disso, a atenção dada pelos trabalhadores não tem sido compatível com a relevância do ponto de vista da efetividade e da segurança que a medida de saúde pública tem na saúde da população; e as expectativas de desenvolvimento profissional não têm

sido satisfeitas seja pela falta de planos operativos seja pela rotatividade dos trabalhadores, sugerindo fragilidade da estruturação e institucionalidade das práticas relacionadas à vigilância em relação ao parâmetro fluoreto no âmbito das organizações sanitárias de nível local.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES)*, pelo financiamento do projeto que subsidiou os resultados deste estudo. *Edital FAPES nº 007/2014 UNIVERSAL - Projeto Integrado de Pesquisa, processo: 67660266.

REFERÊNCIAS

1. Bratthall D, Hänsel-Petersson G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci.* 1996;104(4):416–22.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Achievements in public health, 1900-1999: Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. *Morb Mortal Wkly Reports.* 1999;48(41):933–40.
3. Frazão P, Ely HC, Noro LRA, Pinheiro HHC, Cury JA. The surveillance framework of water and the reporting of fluoride concentration indicators. *Saúde em Debate.* 2018;42(116):274–86.
4. Drehobl P, Roush S, Sotver B, Koo D. Public Health Surveillance Workforce of the Future. *Morb Mortal Wkly Reports.* 2012;61(27):25–9.
5. Merhy EE, Camargo Macruz Feuerwerker L, Burg Ceccim R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect.* 2006 Aug 4;2(2):147.
6. Vasconcellos LCF de, Almeida CVB de, Guedes DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. *Trab Educ e Saúde.* 2009;7(3):445–62.
7. Falkenberg MB, Mendes T de PL, de Moraes EP, de Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Cienc e Saude Coletiva.* 2014;19(3):847–52.
8. Seymour B, Getman R, Saraf A, Zhang LH, Kalenderian E. When advocacy obscures accuracy online: Digital pandemics of public health misinformation through an antifuoride case study. *Am J Public Health.* 2015;105(3):517–23.

9. Garibotti V, Hennington ÉA, Selli L. Workers' contribution to the consolidation of municipal health surveillance services. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):1043–51.
10. Leite MJVF, Oliveira AGRC. Recursos humanos em vigilância sanitária: uma discussão sobre perfil profissional. *HOLOS*. 2008;1(0):15.
11. Leal COBS, Teixeira CF. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador - BA, Brasil. *Interface Commun Heal Educ*. 2009;13(30):167–79.
12. Batistella CEC. Qualificação e identidade profissional dos trabalhadores técnicos da vigilância em saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. In: Morosini MVGC et al. *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro; 2013. p. 361–90.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.469, de 29 dez. 2000. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2000.
14. Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL). Documento de consenso técnico: classificação de águas de abastecimento público segundo o teor de flúor. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2011;1–3.
15. Frazao P, Peres MA, Cury JA. Drinking water quality and fluoride concentration. *Rev Saude Publica*. 2011;45(5):964–73.
16. Venturini CQ, Narvai PC, Manfredini MA, Frazão P. Vigilância e monitoramento de fluoretos em águas de abastecimento público: Uma revisão sistemática. *Rev Ambient e Agua*. 2016;11(4):972–88.
17. Bevilacqua PD, Carmo RF, Melo CM, Bastos RKX, de Oliveira DC, Soares ACC, et al. Vigilância da qualidade da água para consumo humano no âmbito municipal: Contornos, desafios e possibilidades. *Saude e Soc*. 2014;23(2):467–83.
18. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª. *Artmed*; 2009. 405 p.
19. Minayo MC., Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade - Série Manuais Acadêmicos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2016.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2018. 2018.
21. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Radar IDHM: evolução do IDHM e

de seus índices componentes no período de 2012 a 2017.

22. Freitas MB, Freitas CM de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2005;10(4):993–1004.
23. Ospina SM, Dodge J. It's About Time: Catching Method Up to Meaning-The Usefulness of Narrative Inquiry in Public Administration Research. *Public Adm Rev*. 2005;65(2):143–57.
24. Campos MDA, Pacheco KT dos S, Belotti L, Kenupp BZ, Dutra C, Esposti CDD. Análise do gerenciamento do heterocontrole da fluoretação das águas de abastecimento público de um município de médio porte no estado do Espírito Santo. *Brazilian Journal of Health Research*, 2015;17(3):89-97.
25. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Lisboa: Edições 70; 2011. 229 p.
26. Queiroz ACL, de Magalhães Cardoso LS, da Silva SCF, Heller L, Cairncross S. Programa nacional de vigilância em saúde ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano (vigiagua): Lacunas entre a formulação do programa e sua implantação na instância municipal. *Saude e Soc*. 2012;21(2):465–78.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018
28. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e desafios. In: *Ciencia e Saude Coletiva*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2007. p. 1819–29.
29. Melo MA de S, Bezerra JCB, Coleta MF Dela, Puente-Palacios KE, Coleta JA Dela, Bezerra ALQ. Comprometimento organizacional de trabalhadores da vigilância sanitária em municípios do estado de Goiás. *Trab Educ e Saúde*. 2014;12(3):655–77.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial da União*, 2011.
31. Oh HJ, Kim CH, Jeon JG. Public Sense of Water Fluoridation as Reflected on Twitter 2009–2017. *J Dent Res*. 2020;99(1):11–7.
32. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2005;9(16):161–8.

33. Castrucci BC, Leider JP, Sellers K. Perceptions regarding importance and skill at policy development among public health staff. *J Public Heal Manag Pract.* 2015;21(6):141–50.

Experiências de interprofissionalidade na formação em saúde: uma revisão de escopo

Interprofessional experiences in health education: a scope review

Experiencias interprofesionales en educación en salud: una revisión de alcance

Claudia March Frota de Souza³⁸

Doralice Batista das Neves Ramos³⁹

Kátia Ayres Monteiro⁴⁰

Lorrany Costa Freitas⁴¹

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de escopo a fim de descrever e analisar as experiências de práticas multiprofissionais na formação em saúde envolvendo estudantes de graduação e/ou educadores e/ou profissionais de saúde no território brasileiro. Este estudo caracteriza-se como revisão de escopo, que é concebida como uma técnica para mapear os estudos mais relevantes relacionados a uma determinada temática; esse tipo de revisão é utilizado para sintetizar informações. O levantamento bibliográfico localizou 1.664 resultados; após a triagem, restaram 23 artigos para compor a revisão. A leitura dos artigos forneceu substratos para a construção das seguintes unidades temáticas: Projetos Pedagógicos de Curso, Currículos e Políticas Indutoras de Reorientação da Formação em Saúde: sobre as práticas didaticopedagógicas uma formação diferenciada e indiretamente a interprofissionalidade na formação; Limites e potencialidades das experiências para a interprofissionalidade na formação; Limites e potencialidades das experiências

³⁸ Email: cmarch38@gmail.com

³⁹ Email: doraliceuff@gmail.com

⁴⁰ Email: katiaayres@id.uff.br

⁴¹ Email: lorryfreitas@id.uff.br

para a interprofissionalidade: a comunicação interprofissional como potência na formação. O estudo revelou que a experiência de interprofissionalidade vividas pelo0s estudantes possibilitou uma formação mais crítica e integral, uma melhora e qualificação da escuta e empatia, e vínculo com os usuários dos serviços de saúde, com profissionais dos locais de prática, bem como entre os docentes. Ressaltou-se também que os currículos que adicionaram a interprofissionalidade de forma estrutural foram capazes de promover beneficiar a sociedade.

Palavras-chave: Equipe de Saúde Interdisciplinar; Educação em Saúde; Relações Interprofissionais.

ABSTRACT

The aim of this study was to carry out a scope review in order to describe and analyze the experiences of multidisciplinary practices in health education involving undergraduate students and/or educators and/or health professionals in the Brazilian territory. This study is characterized as a scope review, which is conceived as a technique to map the most relevant studies related to a particular theme; this type of review is used to synthesize information. The bibliographic survey found 1,664 results; after screening, 23 articles remained to compose the review. Reading the articles provided substrates for the construction of the following thematic units: Pedagogical Course Projects, Curriculum, and Policies Inducing Reorientation of Health Education: on didactic-pedagogical practices and interprofessionality in training; Limits and potential of experiences for interprofessionalism: interprofessional communication as a power in training. The study revealed that the interprofessional experiences lived by the students allowed for a more critical, comprehensive education, an improvement and qualification of listening, and empathy and bonding with users of health services, with professionals in the places of practice, as well as among professors. It also highlighted that the curricula that added interprofessionalism in a structural way were able to promote differentiated training and indirectly benefit society.

Keywords: Interdisciplinary Health Team; Health Education; Interprofessional Relations.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión de alcance para describir y analizar las experiencias de prácticas multidisciplinarias en educación para la salud, involucrando a estudiantes de pregrado y/o educadores y/o profesionales de la salud en el territorio brasileño. Este estudio se caracteriza por ser una revisión de alcance, la cual se concibe como una técnica para mapear los estudios más relevantes relacionados con un tema en particular; este tipo de revisión se utiliza para sintetizar información. El relevamiento bibliográfico

encontró 1.664 resultados; luego de la selección, quedaron 23 artículos para componer la revisión. La lectura de los artículos proporcionó sustratos para la construcción de las siguientes unidades temáticas: Proyectos de Curso Pedagógico, Currículum y Políticas que Inducen la Reorientación de la Educación en Salud: sobre prácticas didáctico-pedagógicas e interprofesionalidad en la formación; Límites y potencialidades de las experiencias para la interprofesionalidad: la comunicación interprofesional como potencia en la formación. El estudio reveló que las experiencias de interprofesionalismo vividas por los estudiantes permitieron una educación más crítica e integral, una mejora y calificación de la escucha y empatía, y vinculación con los usuarios de los servicios de salud, con los profesionales de los lugares de práctica, así como entre los profesores. Se destacó también que los currículos que sumaban la interprofesionalidad de manera estructural fueron capaces de promover una formación diferenciada y beneficiar indirectamente a la sociedad.

Palabras clave: Equipo de Salud Interdisciplinario; Educación en Salud; Relaciones Interprofesionales

1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde que contribuam para a superação do modelo assistencial hegemônico vigente nas décadas anteriores a 1980 é parte necessária, mas não única, para a efetivação dos dispositivos constitucionais de 1988 para a saúde. Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, o conceito de determinação social do processo saúde-doença e a crítica ao complexo médico-industrial foram acompanhadas da denúncia à “inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social” (1)(p. 323). Destacamos, entretanto, que as políticas setoriais de saúde e educação pós-constitucionais, em suas dimensões particulares, não caminharam no mesmo ritmo. Segundo os autores, na VIII CNS o debate sobre trabalho e educação em saúde foi pouco desenvolvido e o relatório final não fez referência aos fundamentos pedagógicos necessários à formação de profissionais de saúde em suas dimensões técnica, ética e política para atuação no sistema de saúde preconizado na Reforma Sanitária e em seus princípios (1).

A crítica à formação de trabalhadores e trabalhadoras de saúde tinha como base algumas características, tais como a especialização precoce, a ênfase na abordagem individual e curativa em detrimento da promoção da saúde e prevenção de doenças e o distanciamento da realidade, com forte dissociação entre teoria e prática. Destaca-se, por óbvio, a íntima relação com os determinantes conjunturais da época, sobretudo do período da ditadura empresarial militar, e fortemente pautados na perspectiva da pedagogia tradicional.

Parte importante da crítica refere-se à ausência da abordagem do trabalho coletivo, seja na educação, seja no trabalho de profissionais de saúde.

Especificamente sobre esse tema – a multiprofissionalidade do trabalho em saúde – consideramos que o debate foi anterior e mais vigoroso no campo do trabalho se comparado às reflexões sobre a necessidade de formar profissionais conscientes da necessidade do trabalho coletivo.

Um exemplo é a tese de Marina Peduzzi, que aborda sobre a necessidade do trabalho coletivo no âmbito da atenção à saúde que desencadeou um conjunto de reflexões sobre a temática. Já a denominada “educação interprofissional” só será objeto de reflexões e análises sistemáticas, assim como de políticas, cerca de uma década depois (2,3).

Partimos do pressuposto de que o trabalho em saúde, expressão particular do trabalho em seu caráter universal / genérico, traz em si uma dimensão teleológica, ou seja, a finalidade que move o sujeito à ação - o atendimento das necessidades de saúde (2,4).

O atendimento das necessidades em Saúde que incorporem, necessariamente, o seu caráter social, demanda a formação e o trabalho em saúde, inerentemente coletivos e resultado de confluência de saberes e práticas dos diversos profissionais que contribuam para a efetivação da resolutividade e qualidade da atenção à saúde.

Consideramos, entretanto, que a reflexão que nos propomos no presente artigo, qual seja a análise do estado da arte das pesquisas sobre experiências de

educação interprofissional em saúde no Brasil na última década, carece de breve recuperação histórica das políticas que reivindicaram as mudanças na formação em saúde.

Para Pereira e Lages (1)(p. 322)

“A formação profissional em saúde tem sido historicamente mediada por um modelo educacional centrado no professor, nas metodologias bancárias e na estruturação curricular baseada em disciplinas, o que evidencia a fragmentação e a especialização do conhecimento”.

No final dos anos 1970 e na década seguinte, contemporâneos das críticas ao modelo assistencial, intensificaram-se e ampliaram-se os movimentos por mudanças na formação profissional de saúde.

March, Fernandez e Pinheiro (5) recuperam tanto os projetos de integração docente assistencial – IDA – que questionavam e buscavam superar as práticas hegemônicas nas relações ensino-serviço. Para as autoras, o ideário dos projetos Uma Nova Iniciativa (UNI) buscavam integrar os “componentes” das relações nas diversas experiências anteriores, a saber ensino, serviços e comunidade, integrando-os.

As reivindicações de tais movimentos, e de tantos outros que foram deflagrados, tinham como pressuposto superar as características hegemônicas da formação em saúde – especialização precoce, predomínio da abordagem biomédica com ênfase na incorporação tecnológica como norma para a atenção à saúde, não valorização da prevenção e promoção da saúde, dissociação entre teoria e prática, o hospital como local privilegiado para o “ensino prático”, desconsideração do saber popular, dentre outros. Tais características, combinando-se às práticas assistenciais hegemônicas nos serviços de saúde, protagonizadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), resultaram, juntamente com os demais determinantes do processo saúde-doença, na barbárie da saúde da população.

Cabe ressaltar, entretanto, que as demandas dos movimentos críticos e sua conversão em políticas públicas de formação de trabalhadores de saúde

foram mais tardios que a própria implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Pereira e Lages(1) (p. 324)

“O acúmulo teórico e conceitual dessas iniciativas, os avanços e os desafios para a consolidação do SUS, as críticas ao esgotamento do modelo da medicina científica e da pedagogia tradicional e a instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que trata de maneira específica do ensino e fixa as diretrizes e bases para a educação do primeiro e segundo graus foram fundamentais para a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais”.

A primeira resolução, de 2001, tratou das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de enfermagem, medicina e nutrição e a partir de 2004, resoluções para outros cursos da área de saúde foram aprovadas. Mais recentes são as revisões das DCN de alguns cursos, assim como o parecer sobre as DCN para o curso de graduação em Saúde Coletiva (2019).

Freire Filho *et al.* (3) em pesquisa documental onde analisam as Diretrizes Curriculares Nacionais para Enfermagem, Medicina e Odontologia, abordando o papel da Educação Interprofissional (EIP) e da Prática Colaborativa (PC), identificaram quatro temas relacionados ao desenvolvimento da EIP e PC no Brasil. São eles, desenvolvimento do corpo docente, competências para trabalho em equipe, estrutura curricular e avaliação de aprendizado.

Ainda que os autores tenham abordado apenas três cursos da área da saúde, seus resultados contribuem com importantes reflexões, com destaque para o fato de que as DCN para o curso de medicina de 2014 introduziram importantes elementos sobre a EIP e PC se comparada às DCN de 2001. Uma hipótese é a de que os estudos internacionais, com destaque para o Grupo de Trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2007, e a posterior publicação do Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa pela OMS, em 2010, fruto do esforço do mencionado grupo de trabalho (6).

Freire Filho *et al.* (7) destacam ainda, na região das Américas, a convocação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) de reunião técnica para debater sobre EIP em 2016 na cidade de Bogotá e, no Brasil, em 2017, a articulação entre MEC, Instituições de Ensino Superior e Rede Brasileira de Trabalho e Educação Interprofissional de Saúde (ReBETIS) que resultou na elaboração de um plano de ação brasileiro para implementação da EIP para o biênio de 2017-2018 (8,9).

A importância do trabalho coletivo em saúde e, conseqüentemente, da formação para tal e a nossa experiência, nas instituições em que estamos inseridas, nos motivaram ao desenvolvimento de uma revisão sobre as experiências de EIP na realidade brasileira na última década. Objetivamos contribuir com o conjunto de esforços, teórico e prático, que está em curso no Brasil e nos alinhamos à perspectiva de resgatar as experiências, elaborar uma síntese e uma crítica que a partir de referenciais éticos, políticos e ideológicos contribua para a reformulação de currículos que tenham como imperativo ético o direito à saúde (1).

Diante do exposto, desenvolveu-se uma revisão de escopo com o objetivo de descrever e analisar as experiências de práticas multiprofissionais na formação em saúde, envolvendo estudantes de graduação e/ou educadores e/ou profissionais de saúde no Brasil.

2 MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como revisão de escopo, que é concebida como uma técnica para mapear os estudos mais relevantes relacionados a uma determinada temática, esse tipo de revisão é utilizada para sintetizar informações (10).

A seleção dos estudos foi realizada em seis etapas, conforme Arksey & O'Malley (10):

Fase 1: Identificação da questão de pesquisa: A questão que norteia a presente pesquisa diz respeito: “ Como se caracteriza as experiências de

práticas multiprofissionais na formação em saúde, envolvendo estudantes de graduação e/ou educadores e/ou profissionais de saúde no Brasil, entre 1ª de janeiro de 2009 a 30 de agosto de 2019? ”. Esse intervalo foi escolhido por representar, na visão dos autores, um intervalo de tempo suficiente para caracterizar as experiências nessa temática. Além disso, as pesquisas ou relatos de experiência ou artigos originais quali/quantitativos de experiências multiprofissionais/interprofissionais na formação em saúde, devem envolver interação direta ou indireta entre estudantes de mais de um curso de graduação em saúde, tendo ou não envolvimento de professores e profissionais da saúde, envolvendo a temática da formação em saúde e trabalho multiprofissional.

Fase 2: Identificação das publicações: A estratégia adotada para realizar a pesquisa bibliográfica foi baseada nas recomendações do STARLITE (*Standards for Reporting Literature searches*) (11) (Quadro 1). As buscas foram realizadas em setembro de 2019, utilizando diversas combinações até atingir um arranjo final desejado. Nas bases de dados MEDLINE/PubMed; Web of Science; Bireme e Scopus). Pesquisas manuais também foram realizadas nas seções de referência de todos os estudos selecionados, bem como no Google Scholar. Foram utilizados como descritores: “Equipe interdisciplinar de saúde”, “Educação em saúde”, “Trabalho em equipe multiprofissional”, “Relações Interprofissionais”, “Comunicação Interdisciplinar”, “experiência”. Os operadores lógicos and, or, not foram usados para combinar os descritores e termos utilizados. Neste momento da busca empregou-se de forma intencional termos mais amplos, com vistas a abarcar uma maior quantidade de produções, evitando que algum estudo importante fosse excluído no levantamento.

Fase 3: Seleção das publicações: Após a identificação das publicações, os três autores realizaram os seguintes passos: A primeira etapa de seleção das produções foi realizada mediante a leitura e a análise dos títulos e resumos de todos os artigos identificados. Na segunda fase, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos selecionados e foi aplicado os critérios de inclusão e depois

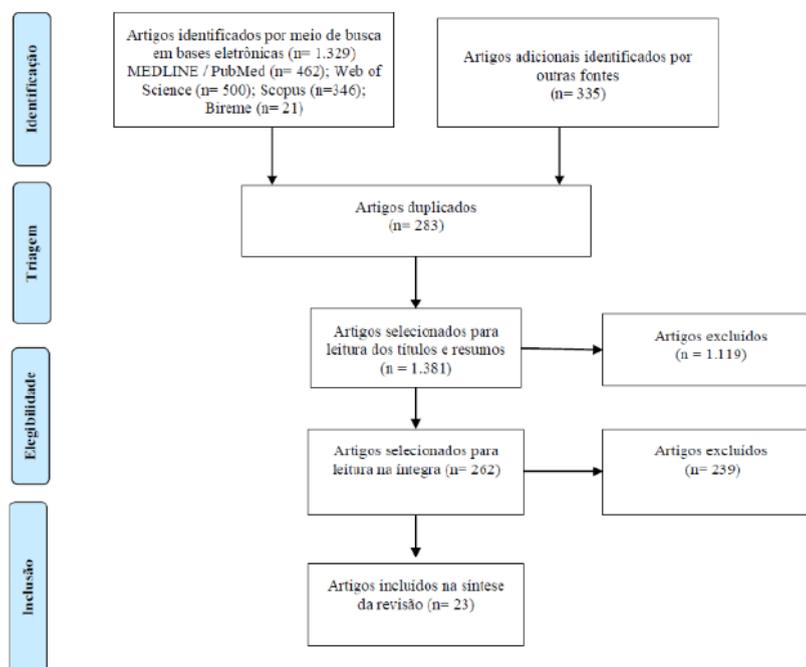
os critérios de exclusão, excluindo assim os estudos que não se enquadram nos critérios de revisão. Na terceira fase, os artigos selecionados foram submetidos a avaliação de acordo com a elegibilidade do escopo do estudo e assim foram integrados ao escopo final da revisão. Os estudos encontrados foram alocados em um fluxograma, de acordo com o modelo do Prisma (12), todas as etapas foram revisadas pelos autores (Figura 1).

Fases 4, 5 e 6: extração dos dados, análise e síntese das publicações e participação de informante-chave: O processo de extração das evidências qualitativas foi organizada de acordo com cada etapa da identificação dos estudos, organizando os arquivos selecionados em cada fase em um documento diferente, de forma seletiva e iterativa, ou seja, os autores se alternaram entre ler os estudos e extrair informações, análise, síntese e interpretação dos dados. Uma planilha padronizada foi utilizada para a extração dos dados, compreendendo primeiro autor, ano, título e as demais informações necessárias dos estudos para compor os resultados e discussão. Os resultados foram agrupados em categorias temáticas e analisadas de acordo com Bardin (13), para identificar núcleos de sentido, similaridades e diferenças, de modo a prover análise crítica dos resultados. A análise temática dedica-se ao levantamento de categorias, de escolha dos autores, visando à contribuição acerca das discussões de um determinado fenômeno(14).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico localizou 1.664 resultados, dos quais 283 eram duplicatas. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 1.119 artigos. Mediante a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente elaborados, nos artigos na íntegra, 239 foram excluídos, restando dessa forma 23 artigos para compor a revisão. A Figura 1 apresenta o fluxograma com as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos, segundo modelo PRISMA.



No quadro 2 estão sintetizadas as principais características dos estudos, abrangendo: autor/ano, título, periódico, tipo de estudo e objetivo. O quadro 3 aborda a caracterização metodológica dos artigos, no tocante a composição das especialidades de saúde envolvidas, tipo de experiências, instituição pesquisada e cenários das práticas.

Com base na leitura dos artigos selecionados foram construídas três unidades temáticas para trabalhar os resultados: Projetos Pedagógicos de Curso, Currículos e Políticas Indutoras de Reorientação da Formação em Saúde: sobre as práticas didático-pedagógicas e a interprofissionalidade na formação; Limites e potencialidades das experiências para a interprofissionalidade: A comunicação interprofissional como potência na formação.

4 PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSO, CURRÍCULOS E POLÍTICAS INDUTORAS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE: SOBRE AS PRÁTICAS DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS E A INTERPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO

Em nossa pesquisa bibliográfica foi possível identificar uma multiplicidade de experiências de formação em saúde que incorporam práticas de integração entre os diversos cursos de graduação na perspectiva de uma formação interprofissional em saúde. No conjunto dos artigos de pesquisa e de relatos de experiência por nós selecionado há casos de interprofissionalidade na formação forjados na própria instituição e casos nos quais a integração entre os estudantes e docentes de diferentes cursos resulta da adesão a programas governamentais indutores de mudanças na formação externos à instituição, notadamente o Pró-Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). O que todas as experiências têm em comum refere-se às práticas pedagógicas e sua importância para a reorientação da formação em saúde.

As iniciativas que são fruto da própria mobilização de sujeitos das instituições de ensino em articulação com os serviços de saúde têm, entretanto, uma heterogeneidade também. O que difere nessas realidades é o caráter estruturante das mudanças curriculares ou o seu caráter pontual, por exemplo, na forma de disciplinas ou projetos eletivos e/ou optativos em relação aos projetos pedagógicos e currículos (15–25).

Dentre os artigos selecionados, destacam-se os referentes às experiências da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista (UNIFESP-Baixada Santista) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por serem realidades onde a integração entre os cursos resulta de iniciativas das próprias universidades.

Aguilar da Silva, Scapin e Batista (15), em seu artigo, relatam que a formação interprofissional em saúde faz parte do currículo da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da UFJF. A integração entre os cursos já nos seis semestres iniciais, articulando ensino, pesquisa e extensão, assim como a indissociabilidade entre teoria e prática e a integração com o meio social local e regional, são componentes centrais. A diversificação de cenários de aprendizagem em níveis crescentes de complexidade - atendimento ambulatorial de nível primário e secundário, em coparticipação envolvendo estudantes, docentes e trabalhadores de saúde (15). Os dados quantitativos da pesquisa de avaliação com egressos do Programa Integrador foram predominantemente positivos.

Batista *et al.* (18), ao descreverem a experiência do projeto pedagógico da UNIFESP Baixada Santista, envolvendo seis cursos, destacam alguns elementos. A característica integrada dos currículos, a adoção de abordagens pedagógicas que rompem com o modelo tradicional, a articulação entre ensino, pesquisa e extensão e o envolvimento coletivo de estudantes, docentes e técnico-administrativos são relevantes. No contexto do projeto de expansão da UNIFESP, a relevância social da universidade como instituição para a região e para a sociedade foi balizadora da construção dos projetos pedagógicos dos cursos.

Braid, Machado e Aranha (26), em revisão bibliográfica com a temática “estudos sobre currículos da área da saúde no Brasil” destacam a presença de pesquisas que abordam currículos inovadores. Ainda que sejam mencionados estudos sobre interdisciplinaridade na formação, não há, por outro lado, referências às relações interprofissionais, corroborando nossas hipóteses de que a interprofissionalidade na formação ainda é tema e prática recente e contra hegemônica nas instituições de ensino superior.

Corroborando com as reflexões de Peduzzi *et al.* (27) sobre a necessidade de se combinar e específico de cada profissão com o que há de comum e compartilhado, a estrutura e a dinâmica curricular da experiência

relatada combina eixos comuns – trabalho em saúde, o ser humano em sua dimensão biológica e o ser humano e sua inserção social - e específicos das seis profissões ao longo do percurso formativo, iniciando-se com uma maior proporção dos eixos comuns se comparados aos específicos, proporção essa que se inverte progressivamente ao longo dos cursos. A interprofissionalidade desde o início da formação vai no mesmo sentido da experiência da UFJF (15).

Na experiência de EIP na UNIFESP – Baixada Santista, metodologias crítico-reflexivas são centrais na proposta. A produção de narrativas, como parte das atividades de campo, é apontada como importante para o reconhecimento mútuo das profissões, suas características e importância, assim como o exercício e a valorização da escuta ao usuário. As narrativas são produzidas em duplas interprofissionais em conversa com usuários do SUS. A inserção na realidade possibilita, segundo os estudantes, compreender o ser humano no seu contexto e, conseqüentemente, desenvolve e qualifica a escuta (23,24). As narrativas, recuperadas na pesquisa, na extensão e no ensino, inclusive da área da saúde, se relacionam como dimensões fundamentais do trabalho em saúde – a escuta, a empatia e o vínculo.

Na contramão da alienação do trabalho aprofundado pela intensificação do uso de tecnologias, assim como o uso de protocolos, que ampliam o trabalho prescrito nas unidades de saúde, a narrativa opera a dimensão artesanal do trabalho em educação e saúde (28).

Segundo Benjamin(29), em seu texto “O narrador”:

É a experiência de que a arte de narrar está em vias de extinção. São cada vez mais raras as pessoas que sabem narrar devidamente. Quando se pede num grupo que alguém narre alguma coisa, o embaraço se generaliza. É como se estivéssemos privados de uma faculdade que nos parecia segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências (29)(213).

A produção de narrativas no contexto da educação e saúde, na última década, se amplia (30,31). Prado (30), ao prefaciar a coletânea *Narrativas de Si*, afirma que:

A opção por produzir narrativas em contextos formativos ganha força, ao imprimirmos nas narrativas os acontecimentos vividos nestes processos formativos e os compartilharmos em diferentes encontros de partilha e convívio com o intuito de não só nos expressarmos como também, comunicarmos o vivido para interlocutores próximos, como o estabelecido na relação docente-discente(30) (10).

Sobre a narrativa, Benjamin (29)(239) nos fala, “não seria sua tarefa trabalhar a matéria-prima da experiência - a sua e a dos outros - transformando-a num produto sólido, útil e único?”.

Simas, Prado e Domingo (30) abordam as narrativas no campo da educação e da docência e destacam que:

É muito potente tanto tomar consciência do valor das memórias escolares, como desenvolver uma visão crítica delas. Sem dúvida, existe muito mais na memória e na reflexão sobre essa do que o que está nas narrativas (30)(80).

Na UFRGS, as disciplinas Práticas Integradoras em Saúde (PIS) foram implementadas a partir do ano de 2012, a partir de uma construção coletiva de um grupo (19). A inovação, ao criar o espaço no sentido de articular mudanças, enfrenta resistências e o resultado é manutenção de uma articulação nos moldes de uma disciplina comum aos vários cursos, mas como eletiva ou optativa, a depender de cada coordenação de curso. As autoras, em pesquisa qualitativa com estudantes e egressos dos cursos e um gestor, que vivenciaram a PIS, destacam como resultados o reconhecimento da EIP na graduação como importante para a posterior atuação como trabalhadores de saúde; o conhecimento mútuo das profissões e seus núcleos específicos de conhecimento e atuação e o reconhecimento da interdependência das profissões para uma atenção à saúde que atenda às necessidades de saúde dos usuários. Há, entretanto, na fala dos sujeitos da pesquisa o questionamento ao caráter eletivo ou optativo das PIS e os autores destacam ainda o pequeno número de vagas para cada curso por semestre. O convívio com a institucionalidade universitária baseada na organização disciplinar do conhecimento, na estrutura física e organizacional dos cursos e departamentos, configura uma experiência,

portanto, carregada de contradições entre suas possibilidades e seus limites. A importância da diversificação de cenários de prática para além das unidades de saúde, incorporando a prática no território, no caso da experiência pesquisada.

Gostaríamos de destacar na experiência o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas atividades desenvolvidas nas PIS, que, segundo a descrição dos autores, “são os profissionais que mais acompanham as atividades da disciplina no território” (19) (1565); (17).

Da análise do plano de ensino da PIS e dos portfólios construídos pelos estudantes emergiu o aprendizado junto às Agentes Comunitárias de Saúde, no território das Unidades de Saúde da Família, que marca, segundo autores (as) “uma convivência caracterizada por escuta, diálogo e reflexão” (20)(144).

Destacamos a importância de desenvolvimento de pesquisas que deem voz aos trabalhadores e trabalhadoras de saúde que participam da formação em saúde, com destaque para os ACS que são, como no relato dos autores, muitas vezes os que convivem mais cotidianamente com estudantes em suas vivências nos territórios.

O conjunto dos artigos por nós selecionado que analisam experiências do PET-Saúde e do Ver-SUS relatam, em sua grande maioria, cenários de aprendizagem na Atenção Primária à Saúde (APS) e, em alguns casos, uma importante interlocução em rede. A inserção dos estudantes em unidades de saúde dos diferentes níveis de complexidade, contribuindo para a compreensão das Redes de Atenção à Saúde (RAS) se combinou, em alguns casos com a articulação em rede intersetorial com a educação, nas escolas, e com a assistência social (32).

Destacamos essa “nova” diversificação de cenários, onde, para além do rompimento da centralidade do hospital como o lócus de prática durante a formação, incorpora não só os demais pontos de assistência da rede, com ênfase na APS, mas também o território como lócus da produção da saúde e da doença.

Autores ressaltam a necessidade de estratégias pedagógicas coerentes com o propósito da EIP, pois reunir estudantes de diferentes cursos em um cenário de aprendizagem, por si só, não garante a EIP. Sendo necessário um processo de debate sobre abordagens didáticas pedagógicas que envolva todos os sujeitos do processo – docentes e trabalhadores de saúde.

Reeves (33), em artigo que escreve para uma seção de debates, destaca que a interatividade necessária a qualquer experiência de educação interprofissional demanda métodos diversificados e inovadores de aprendizagem. Segundo o autor, a literatura internacional sobre experiências de EIP traz exemplos de diversos métodos, dos quais ele destaca:

O aprendizado baseado em seminário, aprendizado baseado em observação (shadowing). Aprendizado baseado em problemas, aprendizado baseado em simulação, aprendizado baseado em prática clínica, aprendizado E-learning (ex. discussões online) e aprendizado misturado (integrando e-learning com outro método tradicional) (33) (187).

Metodologias Ativas de Aprendizagem foram citadas por autores e autoras dos artigos sobre as experiências PET-Saúde, assim como nas experiências curriculares de EIP. Os portfólios e diários de campo, onde estudantes relatam suas vivências, em seu caráter reflexivo, é uma ferramenta didática-pedagógica comum a essas e outras experiências identificadas em nossa revisão, como a produção de narrativas.

Entretanto, gostaríamos de destacar que, coerentes e que corroboram com a diversificação de cenários que incorpora o território, as estratégias pedagógicas centradas no protagonismo estudantil e na educação popular, como veremos mais adiante, podem sustentar rupturas mais profundas com o modelo hegemônico de formação em saúde vigente desde o período anterior à implantação do SUS e que, com raízes profundas, ainda resiste aos processos de mudança.

A Educação Popular em Saúde (EPS) reconhecida como elemento central para práticas de saúde centradas nas necessidades sociais de saúde dos usuários do SUS. Paro, Nespoli e Lima (34), em editorial do número especial

de uma revista dedicado ao debate da EPS, destacam o aprofundamento das políticas neoliberais, que combina o agravamento da precarização das condições de vida e saúde com a ampliação das práticas de exploração e opressão, e afirmam a consigna “Educação Popular em Saúde: mais do que nunca!”.

Cruz *et al.* (35) destacam a importância da EPS em suas cinco décadas de história e a produção teórica e prática provinda das experiências de EPS. Com isso vai ser evidenciando em um campo teórico como uma teoria do trabalho social em saúde; uma concepção lançada epistemologia possuidora de princípios éticos, teóricos e metodológicos. Uma metodologia de inserção na realidade concreta das classes populares – e que valoriza a convivência, o protagonismo popular individual o coletivo, a construção compartilhada de saberes e de conhecimentos, o diálogo, a emancipação, a amorosidade nas relações humanas, sociais, políticas, culturais e com outras formas de vida, em detrimento da violência e do ódio impostos pelo capital e seus reprodutores – mantém-se aberta e desenvolve-se de acordo com a diversidade social, cultural e criativa dos contextos onde é realizada (35)(9).

Nos artigos por nós analisados, destacamos as experiências da interlocução entre EPS e formação de profissionais de saúde. As experiências do VER-SUS Sobral relatadas por Amaral *et al.* (36) rompem os muros das universidades e dos serviços de saúde, tendo como locais de vivência de estudantes um assentamento do Movimento Sem Terra (MST), uma tribo indígena, a Pastoral Carcerária, um Grupo Espírita, diversos movimentos sociais e espaços de controle social.

No mesmo sentido, “As Tendias do Conto”, em diferentes unidades de saúde, relatadas na experiência do PET-Saúde em Teresina, Piauí, segundo os autores, “como ferramenta educativa, é um método bem eficiente e que gera um feedback positivo” (37) (898).

O artigo de Amaral *et al.* (36) dialoga ainda com outras experiências por nós selecionadas, como é o caso já analisado do uso de narrativas. Os

autores destacam as atividades de educação popular no espaço de estadia dos “versusianos”, dentre as quais, o momento “Núcleos e saberes” e a construção do livro de contos populares.

A proposta de trabalho “Núcleo e saberes”, em que os estudantes dos diferentes cursos explanam seus saberes sobre as demais, se assemelha à interlocução interprofissional presente nas narrativas em duplas dos estudantes da UNIFESP – Baixada Santista. Abordagens metodológicas, em ambas experiências, que propiciam a escuta e o reconhecimento mútuo no compartilhamento de vivência. Cabe destacar que tais iniciativas permitem um processo de consciência não somente do outro – estudante e profissional de área diversa -, mas também a importância e o reconhecimento do outro – usuário -, ou seja, do saber popular.

Sendo assim, nossa revisão tornou possível evidenciarmos a ruptura com o modelo tradicional de formação, nas experiências relatadas, que combina a ampliação da compreensão dos espaços de produção da saúde, para além dos serviços de saúde com a EPS, corroborando com as reflexões de Cruz *et al.* (35).

Percebemos, então o que o projeto de um novo modelo de universidade encontra-se necessariamente nas diversas práticas contra hegemônicas no cenário acadêmico com eixos específicos e interessantes: a superação da dicotomia entre teoria e prática; a construção de uma utilidade emancipatória para qualquer uma das práticas acadêmicas; e, finalmente, a intencionalidade política. Ou seja, queremos chegar a algum lugar com tudo isso, um lugar obviamente diferente daquele esperado pela educação conservadora e subserviente ao capital (35)(16).

Podemos também afirmar, com base nas experiências pesquisadas e relatadas nos artigos, que as mesmas transbordam o elenco das denominadas “metodologias ativas de aprendizagem” quando incorporam a dimensão da educação popular (36–38).

5 LIMITES E POTENCIALIDADES DAS EXPERIÊNCIAS PARA A INTERPROFISSIONALIDADE: A COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL COMO POTÊNCIA NA FORMAÇÃO

As experiências relatadas e os artigos de pesquisa selecionados por nós revelam limites e potencialidades para a prática da interprofissionalidade na formação em saúde. A divergência de opiniões e avaliações a respeito do momento de desenvolver atividades intercursos aponta para a continuidade do debate sobre as estratégias pedagógicas e curriculares. Prevalece, entretanto, a percepção da validade da experiência desde o início dos cursos e de forma longitudinal e estruturante nos currículos (15,22).

Segundo Aguilar da Silva, Scapin e Batista (15), a fala de estudantes de medicina e odontologia, que diverge dos demais, traz a percepção do trabalho em equipe no início da graduação como perda de tempo. Em contrapartida, os dados quantitativos mostram que 90,37% (n= 122) desses estudantes consideram que a prática em equipe é importante, e em outro momento, 74,81% (n= 101) acreditam que esta prática auxilia na resolução de questões de saúde dos pacientes.

Para Nuto *et al.* (22), através do Núcleo Comum do Currículo Integrado foi possível visualizar que os alunos que estão na fase final da graduação e são do currículo antigo (tradicional, não integrado), apresentam potencial inferior relacionados com os alunos ingressantes e intermediários para desenvolver competências colaborativas. Ou seja, os alunos que não tiveram a integração nos módulos comum com outros cursos da saúde, apresentam o resultado inferior para competências colaborativas. Foi mencionado que a participação dos alunos em projetos de extensão com outros cursos da saúde facilita as atividades colaborativas.

Em consonância com as reflexões sobre a importância com a continuidade do processo da integração entre cursos na formação e como estruturante dos currículos, citamos as críticas aos projetos pontuais resultantes de projetos

indutores de mudanças na formação, mas que não envolvem o conjunto dos estudantes.

Araujo, Gonçalves e Bertolin (39) ressaltaram como pontos negativos o reduzido número de vagas para o PET-Saúde. No mesmo sentido, Madruga *et al.* (40), um dificultador para experiência interprofissional no PET-Saúde opera é a falta de variedade de cursos da saúde envolvidos no programa, resultando, por vezes, que o contato seja com um estudante e do mesmo curso.

Foi abordado sobre o conflito de horários entre estudantes, devido a diferença na grade curricular, entre docentes e trabalhadores de saúde no planejamento e desenvolvimento de atividades (41,42). Porém, quando há horário em comum na grade curricular de diferentes cursos, torna-se um elemento facilitador (43).

Porém, não só as experiências resultantes dos programas indutores carecem de maior organicidade. No Projeto de Extensão relatado por Moraes *et al.* (21), ainda que tenha sido destacada a participação de discentes de diferentes cursos como facilitadores do desenvolvimento de habilidades colaborativas, alguns limites foram relatados. Os autores citam a formação segmentada, combinar a integração com o respeito ao limite de atuação, a rotatividade de bolsistas, a estrutura dos currículos dos cursos de graduação e o tempo em comum para realizar as tarefas em conjunto.

Destacamos ainda um conjunto de reflexões dos autores e autoras dos artigos que referem-se aos desafios de integrar saberes profissionais, quando o mundo do trabalho e das profissões legítima, reforça e valoriza os silos profissionais

Para Santos *et al.* (37), há conflitos entre estudantes de diferentes cursos resultam dos estereótipos sobre as profissões, falta de reciprocidade entre os estudantes de diferentes cursos, dificultando a exposição e troca de ideias e, conseqüentemente, a aprendizagem interprofissional. Os docentes relatam o desafio em lidar com estudantes que acreditam que a EIP e a PC representam um perigo para sua atuação ocupacional.

Na experiência do VER -SUS, os desafios relatados para prática interprofissional são o contato com o diferente e o compartilhamento de saberes específicos de cada área para construção de uma decisão em conjunto (36). Corroboram esses resultados os achados de Griggio, Mininel e Silva (42). Por outro lado, a experiência vivenciada por estudantes que têm acesso aos programas como Pró-Saúde e PET-Saúde é relatada sempre como positiva e, por muitas vezes, a única em seus currículos.

No artigo de Madruga *et al.* (40) para uma estudante de Fisioterapia, o PET - Saúde é um facilitador para relação interprofissional na formação em saúde, visto que esta vivência na APS fica um pouco distante no processo de formação do curso de fisioterapia.

Segundo Griggio, Mininel e Silva (42), por envolver discentes, docentes e profissionais da saúde, foram identificadas diversas ações vistas como potencialidades, como a atenção integral, trabalho como determinante social no processo de saúde/doença, o trabalho em grupo interprofissional, a construção de espaço de ensino-aprendizagem interprofissional com discentes e profissionais da saúde para debates sobre o atendimento colaborativo e a efetividade da educação interprofissional em saúde, oferecendo estímulo aos docentes em criar espaços como este em outros momentos durante a graduação.

A partir da experiência com PET- Rede Cegonha na Paraíba, o desafio encontrado para os discentes e profissionais de saúde, foi pensar no desenvolvimento de práticas baseadas na integralidade e na interprofissionalidade, mas como os integrantes envolvidos no programa entendiam seus papéis e tinham um objetivo em comum, foi possível construir um ambiente facilitador para experiência colaborativa (38).

De acordo com os entrevistados, é necessário quebrar paradigmas institucionais para implementação de uma disciplina que envolva diferentes cursos, o envolvimento de departamentos e coordenadores são essenciais para transformação do projeto político pedagógico de curso. Elemento mais desafiador quando se trata de implementar experiência de fora para dentro das

instituições e pontuais no tempo e no espaço. Por outro lado, a prevalência do modelo biomédico de formação e as configurações disciplinares e departamentais nas instituições formadoras também são um problema para as experiências estruturantes dos e nos currículos.

Batista *et al.* (18) aborda em sua pesquisa, os empecilhos compreendem a resistência dos funcionários, o modelo de formação fragmentado e escassez em atividades em equipe. A criação deste projeto político pedagógico possibilitou a participação de docentes de diferentes áreas de atuação e introduziu a proposta da atuação em equipe voltada para integralidade do cuidado, segundo a educação interprofissional.

Para os docentes, o enraizamento do modelo biomédico é um obstáculo para o desenvolvimento das práticas interprofissionais, visto que as atividades são desenvolvidas de forma fragmentada, individual e sem envolvimento de outros profissionais. Apontado pelos docentes, preceptores e discentes, existe uma debilidade em relação ao apoio das universidades com a implantação de currículos, inclusive a ausência de instâncias de gestão que sejam responsáveis por pactuar a administrar a educação interprofissional. Por outro lado, o trabalho em rede foi apontado como colaborador da prática interprofissional, com a valorização do trabalho do outro e do trabalho em equipe (44).

Nesse sentido, é necessário que as instituições de ensino superior modifiquem o modelo de ensino, no qual formam profissionais que não reconhecem suas competências e limites de suas práticas profissionais para o trabalho em conjunto.

Dentre os artigos selecionados nesse estudo, destacam-se os trabalhos realizados por Aguilar da Silva, Scapin e Batista (15), Forte *et al.* (38), Miguel *et al.* (43), Oliveira *et al.* (24), Silva *et al.* (44). Pois adicionaram no seu escopo central a importância da discussão a cerca da comunicação interprofissional e o processo colaborativo entorno disso e ressaltaram os elementos da relação entre os discentes, docentes e profissionais.

De acordo com Aguilar da Silva, Scapin e Batista (15), os seus resultados indicam que os estudantes de graduação em ciências da saúde estão abertos para a aprendizagem compartilhada, ressaltando a potencialidade da formação interprofissional em saúde no que se refere à colaboração e ao trabalho em equipe. Entretanto, para se estabelecer um trabalho coeso e eficiente é necessário o envolvimento de todos, busca pela satisfação no trabalho, o treinamento e desenvolvimento de competências, a criação de sinergia entre os participantes, a definição de papéis, além do acompanhamento e avaliação de resultados.

O estudo de Forte *et al.* (38) relatou as vivências e experiências no PET-Saúde, ancoradas na formação interprofissional e na prática colaborativa entre estudantes, preceptores e tutores, na promoção do cuidado integral materno-infantil. E nesse processo a comunicação foi fundamental, pois o setor educação (aquele que oferta a formação) e o prestador de serviços de saúde, ao dialogarem, estão oportunizando, aos atores envolvidos, um espaço de troca, reflexão, crítica, construção e aprendizado. As discussões, planejamento, execução das atividades e a avaliação permitiram a educação interprofissional e a prática colaborativa dos sujeitos envolvidos. A articulação de saberes proporcionou a ampliação do trabalho das equipes a fim de promover a educação em saúde com as mulheres e seus acompanhantes, bem como a organização do trabalho em equipe e as ações interprofissionais colaborativas, visando à integralidade e à resolutividade das ações, e à tomada das decisões.

Miguel *et al.* (43) aprofundaram a questão sobre estruturação de duas disciplinas intituladas “Atenção em Saúde I e II”. E nesse percurso foi destacado a importância da comunicação entre os docentes e os alunos de graduação, visando proporcionar uma aprendizagem integradora com a prática profissional e os conhecimentos necessários de cada área, respeitando as diferenças das profissões envolvidas, as necessidades da comunidade, os limites e as potencialidades de cada indivíduo ou grupo.

Segundo Oliveira *et al.* (24) uma alternativa para promover a comunicação e colaboração interprofissional, poder ser por meio do desenvolvimento de narrativas nas diversas especialidades da área da saúde. As narrativas podem ser interpretadas como: Um conjunto de estruturas linguísticas e psicológicas, transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sócio-comunicativas e habilidades linguísticas (45) (526).

Oliveira *et al.* (24) trazem como destaque nesse estudo, um momento reservado para os alunos de graduação terem um momento de escuta entre as especialidades, que é fundamental para o trabalho multiprofissional:

Quanto mais (re)conhece o outro, mais o futuro profissional passa a (re)conhecer-se em suas próprias fragilidades, com isso, ele torna-se mais apto à superação de preconceitos, de paradigmas e das diferenças, além de estar mais bem preparado para a interpretação dos sinais da enfermidade (24) (988).

Além da colaboração entre estudantes e docentes, o estudo de Silva *et al.* (44), analisou a percepção dos trabalhadores envolvidos na articulação da EIP com as práticas de saúde na APS. Alguns relatos apontaram que a colaboração interprofissional está relacionada com a colaboração interinstitucional, ou seja, o trabalho em rede. Referiram que a EIP promove o aprendizado para o trabalho em equipe, assim como atitudes necessárias para esta modalidade de trabalho, como a escuta e a valorização do conhecimento do outro. Além desses relatos, foi identificado que na subcategoria ‘formação orientada para atenção à complexidade das necessidades de saúde’ os docentes envolvidos no estudo apontaram que a EIP favorece a aproximação dos estudantes e trabalhadores às necessidades de saúde dos usuários para o cuidado na perspectiva da integralidade. Alguns pontos negativos também foram identificados pelos autores, no quesito comunicação, pois segundos os registros dos grupos focais existem barreiras para EIP, encontradas na fragilidade do apoio institucional nas universidades públicas brasileiras, sua estrutura fragmentada, a incompatibilidade das grades curriculares dos cursos e

a insuficiente articulação ensino-serviço. Corroboram com esses achados positivos sobre a comunicação interpessoal, os artigos de Flores *et al.* (41) e de Costa, Azevedo e Vilar (46).

Nesse sentido, torna-se importante abordar esse tema nos estudos que envolvam a temática de EIP, pois a vivência e o diálogo interdisciplinar possibilitam a integração entre os professores e estudantes de diferentes cursos, com o intuito de que, desde a graduação, exista a prática interdisciplinar, que pode ser alcançada através de disciplinas em que os estudantes consigam visualizar os processos de trabalho de diferentes profissões da saúde e problematizar questões das práticas em saúde (17).

6 CONCLUSÃO

Os resultados da nossa revisão permitem afirmar a importância da interprofissionalidade na formação de profissionais de saúde. Aos analisarmos artigos que tinham como objeto projetos estruturantes ou pontuais desenvolvidos nos cursos, assim como projetos induzidos por projetos governamentais foi possível identificar a preponderância de resultados positivos. Esses resultados contribuem para o necessário debate e reestruturação nos projetos pedagógicos dos diversos cursos de graduação que ainda não incorporaram a interprofissionalidade como um dos fundamentos.

Por óbvio que em toda e qualquer experiência existem limites e potencialidades, mas é importante refletir sobre os benefícios trazidos por uma mudança nos paradigmas de uma formação tradicional. Observou-se que os currículos que incorporaram a interprofissionalidade de forma estrutural, foram capazes de promover uma formação diferenciada e indiretamente beneficiar a sociedade, na medida em que forma profissionais de saúde com uma visão ampliada sobre o conceito de determinação social do processo saúde-doença.

A centralidade do usuário e de suas necessidades de saúde perpassa todas as experiências de formação analisadas a partir de uma formação para a integralidade do cuidado com escuta, empatia e formação de vínculo com os

usuários. A conscientização sobre a determinação social do processo saúde-doença e a valorização do saber popular propiciadas pela diversificação de cenários de aprendizagem e as abordagens pedagógicas são um dos resultados que consideramos mais relevantes nesse estudo, assim como o reconhecimento dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

O incentivo à realização de mais pesquisas sobre o tema e sua divulgação podem contribuir com a adoção de políticas institucionais para a interprofissionalidade na formação. Mas o que nossos achados sugerem é a importância do protagonismo daqueles que fazem o cotidiano da universidade e dos serviços - docentes, discentes e trabalhadores de saúde, assim como dos movimentos sociais, na construção de mudanças na formação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis. *Trab Educ e saúde*. 2013;11(2):319–38.
2. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Universidade Estadual de Campinas; 1998.
3. Freire Filho JR, Viana Da Costa M, Forster AC, Reeves S. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: An analysis of key documents. *J Interprof Care* [Internet]. 2017 Nov 2;31(6):754–60. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1346592>
4. Lukács G. Para uma ontologia do ser social II. 1º edição. Boitempo, editor. São Paulo; 2013. 856 p.
5. March, Cláudia; Fernandez, Veronica Silva; Pinheiro R. Ampliando Saberes e Práticas sobre a Formação em Saúde: Processos de Inovação e Caminhos para a Transformação. In: Abrasco E, editor. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde*. Rio de Janeiro; 2011. p. 194–7.
6. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010.
7. Freire Filho, José Rodrigues; Silva, Cláudia Brandão Gonçalves; Costa, Marcelo Viana da; Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas

- de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2019;43(1):86–96.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2017.
 9. Pan American Health Organization. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. Washington: PAHO; 2017.
 10. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005 Feb;8(1):19–32.
 11. Booth A. “Brimful of STARLITE”: toward standards for reporting literature searches. *J Med Libr Assoc*. 2006 Oct;94(4):421–9, e205.
 12. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009 Dec 4;339(jul21 1):b2700–b2700.
 13. Bardin L. *Análise do Conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Edições 70. 2011.
 14. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª edição. Hucitec, editor. São Paulo; 2007.
 15. Aguilar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista N alves. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super*. 2011 Mar;16(1):165–84.
 16. Barreto ADA de L, Ocana BDA, Bueno GC, Scharra JR, Kameyama KS, Brizola NS de O, et al. Análise de uma intervenção coletiva realizada no Projeto de Extensão Jornada Universitária da Saúde (JUS) sob a perspectiva da atuação interprofissional. *Rev Med*. 2013 Apr 30;92(2):141.
 17. Toassi RFC, Lewgoy AMB. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2016 Jan 22;20(57):449–61.
 18. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHS da S, Silva CCB da, Uchôa-Figueiredo L da R, Poletto PR. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface - Comun*

- Saúde, Educ. 2018;22(suppl 2):1705–15.
19. Ely LI, Toassi RFC. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2018;22(suppl 2):1563–75.
 20. Medeiros, Silvia Regina Guimarães de; Lewgoy, Alzira Maria Baptista; Toassi RFC. Atividade de ensino integradora dos cursos da saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul : significando a experiência. *Rev saberes plurais Educ na saúde.* 2018;2(3):137–50.
 21. Moraes RB et al. Ações multidisciplinares na saúde integrando ensino-serviço: uma experiência de dez anos. *Cinergis.* 2014;15(3):112–7.
 22. Nuto S de AS, Lima Júnior FCM, Camara AMCS, Gonçalves CBC. Avaliação da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2017 Jan;41(1):50–7.
 23. Oliveira C de, Jesus P, Junqueira V, Uchôa-Figueiredo L da R. Histórias de vida e compreensão empática: uma pesquisa qualitativa sobre a estimulação da competência narrativa em estudantes de saúde. *Ciência Educ.* 2016 Dec;22(4):975–91.
 24. Oliveira CM de, Batista NA, Batista SHS da S, Uchôa-Figueiredo L da R. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2016 May 13;20(59):1005–14.
 25. Santos LC dos, Simonetti JP, Cyrino AP. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2018;22(suppl 2):1601–11.
 26. Braid LMC, Machado M de FAS, Aranha AC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2012 Sep;16(42):679–92.
 27. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM da, Souza GC de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2012 Aug;47(4):977–83.
 28. Albuquerque GSC de. Sobre a humanização no trabalho em Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2019;23.

29. Benjamin W. *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. In: Editora Brasiliense, editor. *O narrador*. 8º edição. São Paulo; 2012.
30. Simas, Vanessa França; Prado, Guilherme do Val Toledo; Domingo J. Dimensões de consciência possíveis na pesquisa e na escrita narrativa sobre si - uma perspectiva bakhtiniana. *Bakhtiniana*. 2018;13(1):113–31.
31. Martins Goulart P, Maria Pezzato L, Ridell Juzwiak V, Ridell Juzwiak C, Barin de Azevedo A, Helena Dutra L, et al. *Narrativas de Si: Práticas em Educação e Saúde*. Editora Rede Unida; 2020.
32. Silva MAM da; et al. Vivências na Rede de Atenção à Saúde Materno e infantil: contribuições do PRÓ-PET-Saúde. *Rev Ciência em Extensão*. 2018;14(1):177–88.
33. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2016 Mar;20(56):185–97.
34. Paro CA, Nespoli G, Lima L de O. Educação Popular em Saúde, mais do que nunca! *Rev Educ Pop*. 2020 Jul 13;1–5.
35. Pedro José Santos Carneiro C et al. Educação Popular em Saúde: concepção para o agir crítico ante os desafios da década de 2020. *Rev Educ Pop*. 2020;6–18.
36. Amaral VF do, Cavalcante ASP, Farias QLT, Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Gomes DF. Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2018;22(suppl 2):1787–97.
37. Santos MM dos, Néto OB de S, Pedrosa JI dos S, Vilarinho L da S. PET-Saúde: uma experiência potencialmente transformadora no ensino de graduação. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2015 Dec;19(suppl 1):893–901.
38. Forte FDS, Morais HG de F, Rodrigues SAG, Santos J da S, Oliveira PF de A, Morais M do ST, et al. Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2016 May 31;20(58):787–96.
39. De Araujo BN, Crivellaro Gonçalves CB, Godoy Bertolin JC. Política indutora brasileira de formação em saúde: avaliação do desenvolvimento da formação integral para o SUS. *Int J Health Educ*. 2018 Aug 23;2(1):30.

40. Madruga LM de S, Ribeiro KSQS, Freitas CHS de M, Pérez I de AB, Pessoa TRRF, Brito GEG de. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2015 Dec;19(suppl 1):805–16.
41. Flores LM, Trindade AL, Loreto DR de, Unfer B, Dall’Agnol MM. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2015 Dec;19(suppl 1):923–30.
42. Griggio AP, Mininel VA, Silva JAM da. Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2018;22(suppl 2):1799–809.
43. Miguel EA, Albiero ALM, Alves RN, Bicudo AM. Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2018;22(suppl 2):1763–76.
44. Silva JAM da, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2015 Dec;49(spe2):16–24.
45. Brockmeier J, Harré R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2003;16(3):525–35.
46. Costa MV da, Azevedo GD, Vilar MJP. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. *Saúde em Debate.* 2019 Aug;43(spe1):64–76.

Tabela 1: Descrição da pesquisa bibliográfica, de acordo com STARLITE.

S	Estratégia amostral (<i>sampling strategy</i>) seletiva Buscou-se identificar estudos científicos, que pudessem caracterizar experiências envolvendo práticas multiprofissionais na formação em saúde, envolvendo estudantes de graduação e/ou educadores e/ou profissionais de saúde dentro dos limites especificados a seguir.
T	Tipos de publicações Pesquisas, relatos de experiência ou artigos originais quali/quantitativos de experiências
A	Abordagens Pesquisas em bases de dados eletrônicas, citação em referências e publicações conhecidas pelos autores
R	Intervalo (<i>range</i>) de anos Identificadas publicações a partir 1ª de janeiro de 2009 a 30 de agosto de 2019
L	Limites Publicações no idioma português, inglês e espanhol realizados no território brasileiro, indexados em periódicos com acesso integral aos textos.
I	Inclusão Experiências multiprofissionais/interprofissionais na formação em saúde que envolvam interação direta ou indireta entre estudantes de mais de um curso de graduação em saúde, tendo ou não envolvimento de professores e profissionais da saúde, com a temática da formação em saúde e trabalho multiprofissional.
	Exclusão Publicações referentes a: estudos experimentais, epidemiológicos, teses, dissertações, monografias, artigos de revisão de literatura, resumos de eventos científicos, carta e editorial.
T	Termos (palavras-chaves – DeCS) Foram utilizados como descritores: “Equipe interdisciplinar de saúde”, “Educação em saúde”, “Trabalho em equipe multiprofissional”, “Relações Interprofissionais”, “Comunicação Interdisciplinar”, “Experiência”.
E	Fontes eletrônicas de dados (<i>electronic sources</i>) MEDLINE/PubMed; Web of Science; Bireme; Scopus e Google Scholar.

Tabela 2: Caracterização dos estudos selecionados

Autor/Ano	Título	Periódico	Tipo de estudo	Objetivo
Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista., 2011	Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe	Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)	Quali/quantitativo (Pesquisa de avaliação)	Avaliar as percepções dos estudantes dos diferentes cursos da saúde da FCMS/JF em relação ao trabalho em equipe e a efetiva colaboração entre eles durante o desenvolvimento das atividades propostas pelo Programa Integrador.
Amaral et al., 2018	Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil	Interface comunicação, saúde e educação	Qualitativo (Relato de experiência)	Relatar as experiências interprofissionais vivenciadas no projeto VER-SUS, em Sobral, Ceará.
Batista et al., 2018	Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil	Interface comunicação, saúde e educação	Qualitativo (Relato de experiência)	Descrever e analisar criticamente a experiência de formação interprofissional na graduação em Saúde em um campus de expansão de uma universidade pública federal da região sudeste.
Forte et al., 2016	Educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica	Interface comunicação, saúde e educação	Qualitativo (Relato de experiência)	Relatar as vivências e experiências no PET-Rede Cegonha, ancoradas na formação interprofissional e na prática colaborativa entre estudantes, preceptores e tutores, na promoção do cuidado integral materno-infantil, bem como a contribuição dessas vivências no processo de formação em saúde.
Costa, Azevedo e Vilar, 2019	Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina	Saúde em debate	Qualitativo (estudo de caso)	Explorar as percepções de estudantes de enfermagem e medicina sobre os fatores institucionais que interferem na adoção de iniciativas de EIP em seus contextos de formação.
Silva et al., 2018	Vivências na rede de atenção à saúde materno e infantil: contribuições do pró-pet-saúde	Revista Ciência em Extensão	Qualitativo	Descrever vivências de formação em saúde na Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil de Sobral-Ceará a partir da experiência do Pró-Saúde e PET-Saúde, as quais ocorreram no período de 2012 a 2014, com ações direcionadas pela política Rede Cegonha
Araújo, Gonçalves e Bertolin, 2018	Política indutora brasileira de formação em saúde: avaliação do desenvolvimento da formação integral para o SUS	Revista Internacional de Educação em Saúde	Qualitativo	Avaliar a preparação dos sujeitos envolvidos no PET-Saúde de uma universidade comunitária para atuarem no SUS, segundo os preceitos da integralidade e interprofissionalidade
Barreto et al., 2013	Análise de uma intervenção coletiva realizada no Projeto de Extensão Jornada Universitária da Saúde (JUS) sob a perspectiva da atuação interprofissional	Revista de Medicina	Descrição de uma intervenção coletiva	Analisar a atuação de estudantes de 6 diferentes cursos de saúde, no projeto Jornada Universitária da Saúde (JUS) da Universidade de São Paulo (USP), no desenvolvimento e execução de atividade de intervenção interprofissional com intuito de promoção e educação em Saúde para gestantes e mães de crianças com até um ano de idade, na cidade de Barra do Chapéu, interior paulista, no ano de 2012, bem como a repercussão de atividades interdisciplinares, para a formação universitária destes futuros profissionais.
Oliveira et al., 2016a	Histórias de vida e compreensão empática: uma pesquisa qualitativa sobre a estimulação da competência narrativa em estudantes de saúde	Ciência e Educação	Qualitativo com enfoque exploratório	Compreender e analisar os efeitos da escuta na formação de profissionais da saúde, por meio da produção conjunta de narrativas
Madruga et al., 2015	O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo	Analisar a contribuição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde da Família) para a formação dos futuros profissionais de saúde de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.
Ely & Toassi, 2018	Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo (estudo de caso)	Compreender os significados da vivência multiprofissional na atividade de ensino integradora de uma universidade pública do sul

	educação interprofissional na graduação				do Brasil, que acontece em serviços da Atenção Primária à Saúde, analisando seu potencial para a educação interprofissional (EIP).
Flores et al., 2015	Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo (relato de experiência)	de	Descrever e compartilhar esta experiência e discutir os resultados obtidos nesta avaliação, por meio de análise qualitativa, a fim de subsidiar o planejamento e a programação da etapa final do PET Saúde/ UFSM.
Medeiros, Lewgoy e Toassi, 2018	Atividade de ensino integradora dos cursos da saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: significando a experiência	Saberes plurais: educação na saúde	Qualitativo exploratório	com teor	Analisar a experiência na atividade de ensino integradora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em cenário de prática da Atenção Primária à Saúde (APS), buscando a compreensão de seus sentidos para a educação de profissionais da saúde
Miguel et al., 2018	Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo		Descrever a experiência da Universidade Estadual de Maringá na implantação de mudanças curriculares dos cursos das áreas da Saúde, com a criação de disciplinas que atuam na Atenção Primária em Saúde e que ocorreram após a implementação dos projetos vinculados ao PET-Saúde, estimulando o ensino interprofissional e as práticas colaborativas
Moraes et al., 2014	Ações multidisciplinares na saúde integrando ensino-serviço: uma experiência de dez anos	Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc	Qualitativo (relato de experiência)	de	Avaliar a processualística e os impactos percebidos pelos participantes do projeto de extensão "Atenção à Criança e ao Adolescente" da Universidade de Santa Cruz do Sul-RS, desenvolvido por uma equipe multidisciplinar em diferentes cenários de práticas durante a trajetória de dez anos
Nuto et al., 2017	Avaliação da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde	Revista Brasileira de Educação Médica	Quantitativo transversal, observacional, descritivo)	(estudo	Avaliar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza, refletindo sobre a EIP no currículo integrado.
Oliveira et al., 2016b	A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo		Analisar o potencial da narrativa como mais uma estratégia para o desenvolvimento do trabalho em equipe, por meio da prática colaborativa
Oliveira et al., 2017	Espelho contra espelho: reflexões dos olhares multiprofissionais	Revista Saúde & Ciência Online	Qualitativo com relato de experiência	de	Interação de saberes e promoção de aprendizado, através de visões e compreensões diferenciadas sobre temas e tópicos que atravessam a Saúde Coletiva, abrangendo e unindo os três cursos existentes no campus, cuja finalidade é trabalhar a interprofissionalidade a partir de uma composição interdisciplinar tanto da turma com alunos dos três cursos quanto da mediação realizada por três professoras, uma de cada curso e que estão presentes em sala de aula ao mesmo tempo.
Griggio, Mininel e Silva, 2018	Planejamento de uma atividade de educação interprofissional para as profissões da Saúde	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo		Descrever a etapa de planejamento de uma atividade intitulada "Educação Interprofissional para Atenção à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde"
Santos, Simonetti e Cyrino, 2018	A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo		Investiga-se a experiência de estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem com a EIP, em disciplinas de ensino na atenção primária à saúde (APS), na perspectiva destes interlocutores, mediante entrevistas com roteiro semiestruturado
Santos et al., 2015	PET-Saúde: uma experiência potencialmente transformadora no ensino de graduação	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo (Relato de experiências)	de	Descrever as experiências vividas e contadas pelos atores dos cenários do PET-Promoção da Saúde no referido período de atuação.
Silva et al., 2015	Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde	Revista da Escola de Enfermagem	Qualitativo		Compreender as percepções de docentes, trabalhadores e estudantes sobre a articulação da EIP com as práticas de saúde na APS.
Toassi & Lewgoy, 2018	Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Qualitativo		Analisar uma experiência curricular inovadora chamada 'Práticas Integradas em Saúde I', proposta pela Coordenadoria de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Legendas: FCMS/JF: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora; PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; VER-SUS: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; EIP: Educação Interprofissional; SUS: Sistema Único de Saúde.

Tabela 3: Caracterização metodológica dos estudos selecionados, conforme a composição das especialidades da saúde envolvidas, tipo de experiências, instituição pesquisada e cenários das práticas.

Autores	Composição dos sujeitos envolvidos na pesquisa	Cursos de graduação envolvidos	Experiência pontual ou estruturante do curso	Instituição pesquisada	Cenário de prática envolvido
Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista., 2011	Discentes egressos	Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Odontologia	Pontual (Programa Integrador)	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF)	Ambiente universitário (Graduação)
Amaral et al., 2018	Discente	Ciências Sociais, Educação Física, Enfermagem, Engenharia Elétrica, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Letras, Medicina, Nutrição, Terapia Ocupacional, Engenharia Elétrica e Administração	Pontual (desde 2002 - VER-SUS)	Serviços de saúde de Sobral, Ceará	Serviços de saúde
Batista et al., 2018	Discentes, professores, técnicos, gestores e profissionais dos serviços de saúde	Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física	Estruturante (Projeto Político Pedagógico)	Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada (UNIFESP-BS)	UNIFESP-BS
Forte et al., 2016	Discentes e profissionais de saúde	Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social	Pontual (Experiência PET)	Serviços de saúde de João Pessoa e Cabedelo, no estado da Paraíba	Serviços de saúde
Costa, Azevedo e Vilar, 2019	Discentes	Enfermagem e medicina	Pontual (O estudo foi desenvolvido em duas universidades de um estado do Nordeste – uma estadual e outra federal)	Dois universidades de um estado do Nordeste – uma estadual e outra federal	Dois universidades de um estado do Nordeste – uma estadual e outra federal
Silva et al., 2018	Docente, preceptores (profissionais de saúde) e discentes	Enfermagem e educação física	Pontual (Experiência Pró-Saúde e PET-Saúde)	Universidade Estadual Vale do Acaraú	Escolas do ensino fundamental e médio, unidades de Saúde da Família, Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Projeto Flor do Mandacaru, maternidade de alto-risco.
Araujo, Gonçalves e Bertolin, 2018	Docentes, discentes, profissionais e coordenadora municipal do PET-Saúde	Fisioterapia (discente), Medicina Veterinária e Fonoaudiologia	Pontual (Experiência PET-Saúde)	Uma Universidade da Região Norte do Rio Grande do Sul	Contato com ex-participantes do PET-Saúde via e-mail de acordo com dados fornecidos pela universidade e através do Fundo Nacional de Saúde
Barreto et al., 2013	Discentes	Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional	Pontual (Jornada Universitária da Saúde)	Universidade de São Paulo (USP)	Atividades realizadas em escolas, Posto de Saúde e visita domiciliar na cidade de Barra do Chapéu
Oliveira et al., 2016a	Discentes	Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional	Pontual (Projeto de pesquisa)	UNIFESP-BS	Universidade e com moradores em regiões de maior vulnerabilidade social da cidade de Santos/São Paulo
Madruge et al., 2015	Discentes	Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia	Pontual (Experiência PET-Saúde)	Universidade Federal da Paraíba	Unidades de Saúde da Família da área urbana de João Pessoa
Ely & Toassi, 2018	Docentes, discentes, egressos, profissionais da saúde e gestor universitário	Psicologia, Políticas Públicas, Nutrição, Biomedicina, Serviço Social, Saúde Coletiva, Enfermagem, Odontologia, Ciências Biológicas, Fonoaudiologia, Farmácia, Educação Física, Fisioterapia, Medicina veterinária, Medicina	Estruturante (Atividade de ensino integradora: Práticas Integradas em Saúde I, disciplina eletiva)	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Flores et al., 2015	Discentes e preceptores	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Veterinária	Pontual (Experiência PET-Saúde)	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	PET-Saúde/ UFSM
Medeiros, Lewgoy e Toassi, 2018	Discentes	Enfermagem, Serviço Social, Saúde Coletiva, Odontologia, Políticas Públicas, Medicina, Biomedicina, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Educação Física, Ciências Biológicas e Farmácia	Estruturante (Práticas Integradas em Saúde I)	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Atividade de ensino integradora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em cenário de prática da Atenção Primária à Saúde (APS)
Miguel et al., 2018	Docentes, discentes e preceptores	Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Psicologia, Farmácia e Biomedicina	Estruturante (Disciplina Atenção à Saúde I e II)	Universidade Estadual de Maringá	Universidade Estadual de Maringá
Moraes et al., 2014	Docentes e discentes	Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Odontologia	Pontual (Projeto de extensão "Atenção à Criança e ao Adolescente")	Universidade de Santa Cruz do Sul	Universidade de Santa Cruz do Sul
Nuto et al., 2017	Discentes	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional	Estruturante (Núcleo Comum do currículo integrado)	Universidade de Fortaleza	Universidade de Fortaleza
Oliveira et al., 2016b	Discentes	Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional	Estruturante (Eixo Trabalho em Saúde (TS), Módulo Prática Clínica Integrada)	UNIFESP-BS	Atividade realizada com os alunos de graduação da UNIFESP-BS com moradores em regiões de maior vulnerabilidade social da cidade de Santos/São Paulo.
Oliveira et al., 2017	Discentes	Enfermagem, Medicina e Psicologia	Estruturante (disciplina Formação Interprofissional em Saúde - FIS)	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e envolveu alguns casos da Atenção Primária
Griggio, Mininel e Silva, 2018	Docentes, discentes e profissionais de saúde	Enfermagem	Pontual (atividade realizada como Oficina de trabalho entre docentes, discentes e profissionais de saúde, todos inseridos na universidade pesquisada)	Instituição pública de ensino superior, localizada no Estado de São Paulo	Atividade realizada com docentes, discentes e profissionais de saúde inseridos na Instituição pública de ensino superior, localizada no Estado de São Paulo)
Santos, Simonetti e Cyrino, 2018	Discentes	Enfermagem e Medicina	Pontual (compreender a experiência destes interlocutores com a EIP nas disciplinas de interação universidade-serviço-comunidade (Iusc) dentro do contexto da APS)	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp)	Realizada com estudantes de graduação da área da Saúde que buscou compreender a experiência destes interlocutores com a EIP nas disciplinas de interação universidade-serviço-comunidade dentro do contexto da APS. Que tem como cenários de prática as unidades básicas de saúde (UBS) do município de Botucatu
Santos et al., 2015	Discentes e profissionais de saúde	Odontologia, Nutrição e Educação Física	Pontual (Experiência PET-Saúde)	Universidade Estadual do Piauí (UESPI)	Realizadas em: Unidade Básica de Saúde/Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, Zona Sul de Teresina.

Silva et al., 2015	Docentes, discentes e profissionais de saúde.	Enfermagem, medicina, psicologia, farmácia, odontologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e assistência social.	Pontual (Experiência PET-Saúde)	USP	Realizada na esfera da formação e pesquisa em saúde no contexto da APS do SUS do município de São Paulo
Toassi & Lewgoy, 2018	Discentes e Docentes	Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social e Políticas Públicas	Pontual (Disciplina de 'Práticas Integradas em Saúde I')	UFRGS	Realizado na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre

Legendas: PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; VER-SUS: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; EIP: Educação Interprofissional

Grupo de educação alimentar e nutricional como ferramenta de cuidado para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde

Food and nutritional education group as a care tool for patients with chronic diseases not transmissible in primary health care

Grupo de educación alimentaria y nutricional como herramienta de atención para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria de salud

Vitor Frazão Neri⁴²

RESUMO

O atual cenário epidemiológico é caracterizado pela alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O tratamento dessas doenças envolve a alteração de hábitos de vida, incluindo alimentação saudável e a prática de atividade física, porém, essa mudança é complexa e envolve diversos fatores. A literatura aponta as atividades de educação em saúde como forma de intervenção para a mudança de hábitos, pois contribui para a autonomia dos indivíduos. O objetivo do trabalho é relatar a experiência de um Nutricionista Residente em Atenção Básica, inserido em uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde, com um grupo de educação alimentar e nutricional. As atividades ocorreram no período de abril de 2018 até dezembro de 2019 e tiveram como base teórica o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Instrutivo de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção

⁴² Email: frazao.vitor@outlook.com

Básica, ambos do Ministério da Saúde. Observou-se troca de saberes, geração de confiança e capacidade de realização de escolhas nutricionais saudáveis. Entre os usuários que conseguiram ter maior continuidade no grupo e que praticavam atividade física regularmente, houve redução de Índice de Massa Corporal, melhora no perfil glicêmico, lipídico e pressórico. Percebeu-se com esses achados, a existência de um ambiente com grande potencial para trazer reflexão crítica a respeito do cotidiano da comunidade, sendo também um ótimo espaço terapêutico para pacientes com doenças crônicas e para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Doença crônica, Estratégia Saúde da Família, Educação alimentar e nutricional, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The current epidemiological scenario is characterized by the high prevalence of Chronic Noncommunicable Diseases, being one of the biggest public health problems in Brazil and in the world. The treatment of these diseases involves changes in lifestyle, including healthy eating and physical activity, however, this change is complex and involves several factors. The literature points out health education activities as a form of intervention to change habits, as it contributes to the autonomy of individuals. The objective of the work is to report the experience of a Nutritionist Resident in Primary Care, inserted in a Family Health Expanded Nucleus of a Basic Health Unit, with a group of food and nutrition education. The activities took place from April 2018 to December 2019 and were theoretically based on the Food Guide for the Brazilia Population and the Work Instruction in Groups for Food and Nutrition Actions in Primary Care, both from the Ministry of Health. exchange of knowledge, generation of confidence and ability to make healthy nutritional choices. Among the users who managed to have greater continuity in the group and who practiced physical activity regularly, there was a reduction in the Body Mass Index, improvement in the glycemic, lipid and blood pressure profile. It was noticed with these findings, the existence of an environment with great potential to bring critical reflection about the daily life of the community, being also a great therapeutic space for patients with chronic diseases and for the Promotion of Adequate and Healthy Eating.

Keywords: Multiprofessional Residence, Chronic disease, Family Health Strategy, Food and nutrition education, Primary Health Care.

RESUMEN

El escenario epidemiológico actual se caracteriza por la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo uno de los mayores

problemas de salud pública en Brasil y en el mundo. El tratamiento de estas enfermedades implica cambios en el estilo de vida, incluida una alimentación saludable y actividad física, sin embargo, este cambio es complejo e involucra varios factores. La literatura señala las actividades de educación para la salud como una forma de intervención para cambiar los hábitos, ya que contribuye a la autonomía de los individuos. El objetivo del trabajo es informar la experiencia de un Residente Nutricionista en Atención Primaria, insertado en un equipo del Núcleo Ampliado de Salud Familiar de una Unidad Básica de Salud, con un grupo de educación alimentaria y nutricional. Las actividades tuvieron lugar desde abril de 2018 hasta diciembre de 2019 y se basaron en la Guía de alimentos para la población brasileña y la Instrucción para trabajar en grupos para acciones de alimentación y nutrición en atención primaria, ambas del Ministerio de Salud. intercambio de conocimiento, generación de confianza y capacidad para tomar decisiones nutricionales saludables. Entre los usuarios que lograron tener una mayor continuidad en el grupo y que practicaban actividad física regularmente, hubo una reducción en el índice de masa corporal, una mejora en el perfil glucémico, lipídico y de presión arterial. Se observó con estos hallazgos, la existencia de un entorno con un gran potencial para traer una reflexión crítica sobre la vida cotidiana de la comunidad, siendo también un gran espacio terapéutico para pacientes con enfermedades crónicas y para la promoción de una alimentación adecuada y saludable.

Palabras-clave: residencia multiprofesional, Enfermedad crónica, Estrategia de salud familiar, Educación alimentaria y nutricional, Atención primaria de salud.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil também chamada de Atenção Básica (AB), é definida, segundo a declaração de Alma-Ata, como cuidados básicos à saúde, fundamentados em tecnologias leves, que permite levar os serviços de saúde para o território onde as pessoas vivem e trabalham, sendo assim o primeiro nível de atenção do sistema de saúde¹. No Brasil, desde 2006 o modelo assistencial de APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF) - precedido pelo Programa Saúde da Família (PSF) de 1994² –, que visa modificar o modelo assistencial de saúde, culturalmente hospitalocêntrico (visão biomédica do processo saúde-doença), para um modelo mais humanizado, com um olhar integral

para a família e para a população, levando em consideração o contexto social em que a população vive³.

O atual cenário epidemiológico é caracterizado pela alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo um dos maiores problemas da saúde pública no Brasil e no mundo. Em âmbito nacional, elas representam mais de dois terços do total de mortes, sendo responsáveis também por uma alta prevalência de morbidades e consequente diminuição de qualidade e expectativa de vida^{4,5,6}. Dados de 2018, da última pesquisa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que é realizado anualmente, apontam que mais uma vez, as prevalências de obesidade, hipertensão arterial e diabetes melitus cresceram⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), os principais fatores de risco para as DCNT são o tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável, inatividade física e excesso de peso⁸. Ações para interferir nesses fatores, sucederiam em diminuição no número de mortes e hospitalizações em todo o mundo⁹.

Para que se obtenha resultados positivos no tratamento das DCNTs, é fundamental que os pacientes mudem seus hábitos, adotando estilos de vida mais saudáveis. Porém, a mudança de hábitos é complexa e envolve diversos fatores, o profissional de saúde deve adotar estratégias que facilitem esse processo de mudança⁸. A literatura aponta as atividades de educação em saúde como a melhor intervenção para a mudança de hábitos, visando promover a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, a fim de que possam ao longo do tempo autogerir sua condição crônica de saúde^{8,10}.

No contexto da APS, a realização de grupos para resolução de demandas em saúde alimentar e nutricional constitui-se como um dos elementos da atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em conjunto com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que contribui para a integralidade e resolutividade do

cuidado dos usuários, além de ser uma potente e importante ferramenta para a troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais^{11,12}.

Pensando nisso, o MS tem proposto uma série de materiais que visam facilitar a condução de atividades coletivas de alimentação saudável, sobretudo na APS. Entre os materiais, destaca-se o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), lançado em 2014, que apresenta orientações e recomendações sobre alimentação saudável, levando em consideração aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais da população brasileira¹³. Outro importante documento, lançado em 2016 pelo MS, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é o Instrutivo de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica, que tem como objetivo fornecer apoio e planejamento para ações coletivas de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde, sobretudo na APS¹⁴.

Diante da importância da alimentação saudável no atual contexto de alta prevalência de excesso de peso da população, da dificuldade dos profissionais de saúde em operacionalizar ações coletivas de alimentação e nutrição, sobretudo de forma horizontal, contextualizada e problematizadora, esse trabalho objetiva contribuir com a literatura científica, relatando a experiência exitosa de um grupo de educação nutricional, fundamentado no GAPB e sob a perspectiva educacional crítico-reflexiva.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de um Nutricionista Residente Multiprofissional em Atenção Básica, do Hospital Universitário de Brasília (HUB), inserido em uma equipe NASF-AB de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Itapoã, Distrito Federal. O grupo de educação alimentar e nutricional ocorreu no período de abril de 2018 até dezembro de 2019. A eNASF-AB em questão, era composta por sete categorias profissionais diferentes (Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Farmácia e Psicologia), e fornecia apoio para nove eSF, em um território adscrito de cerca de 30.000 pessoas.

O método de educação em saúde adotado para o grupo foi o da perspectiva problematizadora e crítico-reflexiva de Paulo Freire. Nesse método, que é sempre pautado pela horizontalidade entre os atores envolvidos, o diálogo é fundamental, pois considera que tanto o educador quanto o educando possuem diferentes saberes e vivências que precisam ser respeitados durante a relação dialógica. Tal escolha foi feita por sua capacidade de gerar a independência e o empoderamento dos indivíduos, buscando, de forma coletiva, melhorar a compreensão da realidade e transformá-la¹⁴.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Contextualização e importância das ações coletivas em alimentação e nutrição

Criado em 2008, o NASF – em 2017 renomeado e transformado em NASF AB - é uma equipe constituída por profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, entre elas a Nutrição, que atua em conjunto com as eSF, fornecendo suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial, com vistas a aumentar a resolutividade e a

integralidade do cuidado. Entre as várias ações presentes no escopo de atuação do NASF AB, estão as atividades coletivas, prática comum no contexto da APS^{12,15}.

Segundo o MS, as ações coletivas/grupais são importantes ferramentas no cuidado de pacientes da APS, podendo ser de vários modelos e formatos, tais como grupos de acolhimento, temáticos, operativos, terapêuticos, de convivência, educação em saúde, etc. Sendo um ótimo ambiente para escuta, vínculo, suporte, troca de experiências e socialização¹¹.

No âmbito da alimentação e nutrição, as ações coletivas são práticas que ganharam muita relevância nos últimos anos e contribuem para o desenvolvimento de importantes conceitos presentes na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tal como a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que objetiva o incentivo, o apoio e a proteção da saúde, do coletivo, dos indivíduos e dos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), por meio de estratégias que propiciem práticas alimentares saudáveis, do ponto de vista biológico e sociocultural¹⁶; e a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), que, conceituado pelo Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional Para as Políticas Públicas, é definido como campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis¹⁷. Outros conceitos fundamentais, presentes em políticas de alimentação e nutrição, também são muito oportunos para serem trabalhados em ações coletivas de alimentação, tais como a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), e o Direito Humano à alimentação Adequada e Saudável (DHAA)^{16,17}.

Importante ressaltar que o modelo metodológico imperativo das intervenções coletivas em alimentação e nutrição ainda tem uma forte tendência à práticas clássicas, impositivas, que desconsideram o saber

prévio do usuário e ignoram a realidade dos indivíduos, tais como aulas expositivas e palestras¹⁸.

3.2 Necessidade do grupo

No atual cenário epidemiológico, as DCNT caracterizam um grande problema de saúde pública, tanto nacionalmente, quanto internacionalmente, representando um alto número de mortes (muitas delas prematuras), diminuição da qualidade de vida e dificuldades para atividades cotidianas^{4,5,6}. No ano de 2016, as DCNTs foram responsáveis por 71% do total de mortes no mundo^{5,6}. No mesmo ano, em âmbito nacional, elas representaram 74% do total de mortes, enfatizando também a alta prevalência de complicações em decorrência das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus⁴. Dados de 2018, da pesquisa do VIGITEL, apontaram prevalência de 7,7% para diabetes e de 24,7% para hipertensão arterial⁷.

Essa alta prevalência de DCNTs foi sentida rapidamente durante a prática, motivo do qual se fez necessário elaborar estratégias para conseguir atender essa alta demanda. Ressalta-se que o MS enfatiza que as ações coletivas na APS não devem ser pensadas somente como uma forma de atender a alta demanda, e sim como mais uma ferramenta presente no contexto do processo de trabalho¹¹.

Sob essa perspectiva, se fez necessário uma estratégia em consonância com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, da PNAN e a lógica de trabalho do NASF AB, que é fundamentada, sobretudo, no apoio matricial às eSFs. Pensando nisso, o planejamento envolvia três ferramentas principais: atendimentos compartilhados, atendimentos individuais e um grupo para ações coletivas. As visitas domiciliares também aconteciam, mas inicialmente não eram o foco da estratégia.

3.3 Início e captação de usuários para o grupo

O grupo teve início em abril de 2018, o seu planejamento e execução foi majoritariamente feito pelo nutricionista residente, que contou com o suporte da preceptora de campo e da tutora teórica da Universidade.

Todos os profissionais da UBS podiam encaminhar pacientes para o grupo, médicos, enfermeiros, técnicos, outros profissionais do NASF AB, e também os próprios usuários, prática essa muito frequente. Ponto importante da vinculação do usuário com o grupo é a identificação dele com os pares presentes, durante os encontros eles sempre eram incentivados a trazer a família e amigos para o grupo. Além dessa maior vinculação, quando outras pessoas do círculo social do usuário, sobretudo a família, também tinham o objetivo de melhorar os seus hábitos de vida, isso se tornava-se um facilitador para todos.

De forma geral, o grupo era aberto a qualquer usuário adulto que quisesse participar, o foco se dava para pacientes com DCNT, mas a linguagem e temáticas (baseadas no GAPB) dos encontros também serviam para outras questões, inclusive para pessoas sem nenhuma comorbidade e que tinham como objetivo a promoção da saúde.

Quando os profissionais de saúde atendiam um paciente com alguma questão mais específica, diferente, agudizada ou descompensada, e tinham dúvida se o grupo era o ideal para aquele caso, eles eram orientados a procurar o nutricionista e discutir qual seria a melhor ferramenta de trabalho para aquele usuário, poderia ser um atendimento compartilhado, individual, encaminhamento para outro nível de atenção ou o próprio grupo.

3.4 Frequência e duração dos encontros

Inicialmente o grupo acontecia uma vez por mês, porém, logo

houve um aumento no número de participantes, e apenas um encontro mensal não era mais suficiente. Foi preciso elaborar uma estratégia pensando nos seguintes pontos:

- Devido à alta rotatividade e o volume de usuários, era necessário ter mais de um encontro para novos participantes.
- Para fazer o acompanhamento/seguimento dos usuários, era preciso ter pelo menos um encontro mensal. Notou-se que mais de um encontro por mês dificultava a participação da maioria, pois trabalhavam e/ou tinham outros compromissos no horário do grupo.

Com isso, adotou-se a seguinte estratégia, a qual funcionou e seguiu-se com ela: três encontros mensais, sendo dois encontros para usuários novos (primeira vez no grupo) e um encontro – de acompanhamento - para usuários que já haviam participado uma primeira vez. Exemplo: João é encaminhado pelo seu médico para o grupo, ele escolherá um dos dois encontros para novos usuários disponíveis naquele mês (não é necessário ele ir aos dois) e na sequência ele será orientado para ir ao encontro de acompanhamento. Em síntese, o usuário participa de um encontro de primeira vez e depois segue para os encontros mensais de acompanhamento.

Figura 1 – Fluxograma: percurso do usuário encaminhado para grupo.



Quanto ao horário do grupo, durante o primeiro ano ele foi realizado somente no período matutino, de 8h as 10h, entretanto, em março de 2019, com a chegada de mais um residente de Nutrição, o horário do grupo foi expandido também para o turno vespertino (14h as 16h), com o objetivo de ser uma alternativa de horário para usuários que não podiam ir pela manhã. O grupo vespertino seguia a mesma frequência e metodologia do grupo matutino.

Ressalta-se a importância de o profissional coordenador ter atenção e a rápida percepção quanto as necessidades de mudança e adequação para o grupo, isso vale não somente para a frequência dos encontros, mas também para outros aspectos, tais como linguagem utilizada, postura, temáticas, condução de conflitos, etc.

3.5 Estrutura física disponível

Parte importante de um grupo é a estrutura física disponível e a

preparação do ambiente onde ocorrerá a atividade. Nesse quesito, a UBS onde foram feitos os encontros é bem estruturada, conta com uma sala de reuniões, que tem espaço confortável para cerca de 15 pessoas, possui ar-condicionado e uma tv para auxílio das atividades, além de mesas, cadeiras e computador.

Outro ponto relevante de relatar é a forma como a sala era organizada. As cadeiras eram distribuídas em forma de círculo e não havia nenhum tipo de barreira (mesas, cadeiras, papéis, computador) entre os participantes. Tal prática é importante para uma melhor visualização e comunicação durante o encontro, e já faz parte da comunicação não-verbal do encontro.

3.6 Funcionamento dos encontros

Como já citado, o grupo possuía encontros para novos usuários e para usuários em acompanhamento, a seguir será discorrido sobre o funcionamento de cada tipo de encontro.

3.6.1 Encontro para novos usuários

Tanto o encontro para novos usuários quanto o para acompanhamento tinham duração média de duas horas, mas possuíam uma lógica diferente. O encontro para novos usuários teve em média 8 participantes e era dividido da seguinte forma:

7h45min às 8h - O coordenador do grupo sempre chegava alguns minutos antes do início do encontro, entre 10min e 15min, objetivando melhor organização (cadeiras, computador, limpeza da sala, material de apoio, etc.).

8h às 8h20min - Os primeiros 20 minutos geralmente serviam para registro dos usuários. Conforme os participantes chegavam, os dados eram preenchidos, sempre de forma individual. As informações registradas eram: nome completo, nº SUS, data de nascimento, sexo,

endereço, telefone, breve história clínica, resultados de exames recentes, queixas e o motivo do encaminhamento para o grupo. Nesse momento também era coletado o peso e a altura do paciente.

8h20min às 8h45min – Após o preenchimento dos dados, ocorria um momento de roda de apresentações, o coordenador do grupo se reapresentava, explicava a lógica de funcionamento do grupo (horários, frequência, temáticas, objetivo do grupo, etc.) e pedia para que cada um se apresentasse falando o nome, a motivação para estar presente e se já havia participado de alguma consulta ou grupo nutricional, relatando também o desfecho dessa experiência. Ressalta-se a importância desse momento de apresentação, destacam-se três aspectos: 1 - Demonstração de interesse e proatividade do condutor, pois contribui para a quebra de gelo e ganho da confiança dos participantes. 2 - Escuta qualificada (estar aberto a imprevisibilidade do outro), demonstrando interesse e sempre olhando para a pessoa que está falando. 3 - Estar atento aos detalhes (linguagem verbal e não-verbal), pois já é possível ir identificando o perfil de cada participante, há os mais falantes e os mais quietos, uma boa condução de grupo passa muito pelo conhecimento do coordenador diante de cada usuário.

8h45min às 10h – A maior parte do encontro era reservada para falar de fato sobre a alimentação saudável, outros temas também eram abordados, tais como aspectos de saúde mental e a importância de praticar atividade física. A estratégia educacional utilizada foi baseada na problematização da realidade dos usuários, tal como na método do Professor Paulo Freire – muito evidenciada pelo já citado Instrutivo de Ações Coletivas em Alimentação e Nutrição, que foi um dos principais documentos de base metodológica utilizado -, o coordenador tinha a função de questionar os usuários de tal forma que eles mesmos pudessem enxergar a necessidade de possíveis mudanças em sua rotina, sendo essa uma prática que foge da abordagem clássica de EAN. Os usuários eram

perguntados, de forma sistematizada, sobre como era, quantitativa e sobretudo qualitativamente, cada uma de suas refeições, do café da manhã à ceia. Todos eram instigados a falar e se complementar, e conforme eles iam terminando de relatar como era cada refeição, o nutricionista fazia suas contribuições baseado na realidade relatada pelos usuários. As dúvidas e sugestões já eram feitas durante as exposições de realidade, não havia um momento final para isso. As principais orientações alimentares identificadas como necessárias para aquele contexto estavam relacionadas ao:

- Baixo consumo de frutas, legumes e verduras;
- Sedentarismo;
- Baixo consumo de fibras;
- Baixo consumo de água;
- Excesso de frituras e produtos embutidos;
- Excesso de carboidratos (principalmente provenientes de alimentos ultraprocessados).

O encontro era realizado em formato de conversa informal, o que ajudava na vinculação dos usuários, destaca-se que esse momento era feito sob forma de roda, com horizontalidade, sem orientações impositivas, sempre em tom de sugestão. Ao final do encontro, os usuários recebiam instruções impressas sobre aspectos qualitativas de cada refeição, sempre baseadas nas diretrizes do GAPB.

3.6.2 Encontro de acompanhamento

Participavam desse encontro os usuários que já haviam participado ao menos uma vez do encontro para novos usuários, após isso eles seguiam para esse grupo, que ocorria uma vez por mês, sempre em data e horário fixo. Teve média de 12 participantes por encontro e funcionava da seguinte forma:

7h45min às 8h – Assim como no encontro para novos usuários, o coordenador também chegava alguns minutos antes do horário marcado,

a fim de organização do ambiente.

8h às 9h – Como nesse encontro os usuários já haviam participado uma vez do grupo, não era necessário coletar todos os dados novamente, somente o nome do usuário para a frequência. Um ponto a se ressaltar é sobre a coleta do peso, uma balança sempre estava presente na sala do grupo, porém, diferente do primeiro encontro, a escolha de pesar era facultativa ao usuário e isso ficava bem claro, pois foi observado que nem todo mundo se sentia confortável em se pesar em todos os encontros. Entretanto, mesmo sendo facultativo, a maioria dos usuários tinham interesse em se pesar.

Nessa primeira hora do encontro iniciávamos com uma roda de conversa, também em tom de informalidade. Os usuários eram questionados sobre como havia sido o período de intervalo entre os encontros, trazendo os pontos que eles conseguiram melhorar e as principais dificuldades encontradas, essas perguntas eram o suficiente para desencadear muita conversa e muitas dúvidas.

De todos os momentos, dos dois tipos de encontro (novos usuários e acompanhamento), esse era o período onde mais se observava a participação e o interesse dos usuários, era o principal espaço para a troca de saberes e de experiências entre os participantes, notava-se que as principais dificuldades estavam relacionadas a falta de tempo, organização, dificuldade na logística do trabalho, conflitos familiares e outras questões de rotina. Esses problemas estavam presentes na vida de quase todos os usuários, o que tornava a troca entre eles muito enriquecedora. O papel do coordenador era apenas de facilitar essa troca de informações, em alguns encontros o coordenador pouco precisava falar e/ou interferir, mas claro, sempre que necessário, o saber técnico era trazido para instigar e acrescentar as discussões.

9h às 10h – Esse período era reservado para expor algum assunto específico, a maioria dos encontros era geralmente norteado por algum

tema presente no GAPB ou que fosse elegido previamente pelos próprios usuários.

Os métodos utilizados para esse momento de educação em saúde foram basicamente dois: vídeos e exposições dialogadas. A ênfase era sempre dada sobre a forma de expor o assunto, priorizando metodologias participativas, instigando e questionando os usuários a todo instante. Também havia uma preocupação em trazer os temas para a realidade do território e para a rotina de cada um, isso ajudava a fazer ainda mais sentido entre o usuário e o tópico em questão. Outro ponto importante foi que sempre era entregue algum material impresso para os usuários em relação ao tema exposto no encontro, essa demanda foi trazida pelos próprios pacientes e por isso acabou se tornando um hábito.

3.7 Encaminhamentos

Tanto o encontro de novos usuários quanto o de acompanhamento traziam demandas que precisavam de outras ferramentas e/ou outros serviços. Dessa forma, se fazia necessário estar atento aos detalhes, alguns pacientes prescindiam de atendimento nutricional individual ou serem encaminhados para outro nível de atenção. Sempre que necessário os profissionais da eSF de referência do usuário eram contactados e informados sobre a demanda, como desfecho poderia acontecer uma consulta compartilhada, atendimento domiciliar ou algum outro tipo de encaminhamento.

Importante destacar conceitos básicos no âmbito da saúde e que se faziam presentes nos encontros, tais como a integralidade e a clínica ampliada. Nesse ponto, destaca-se a importância da multiprofissionalidade da eNASF-AB, que aumentavam as possibilidades e a integralidade do cuidado, esses profissionais eram, sempre que necessário, demandados por questões relacionadas à usuários do grupo.

4 RESULTADOS OBSERVADOS

Durante os quase dois anos de grupo foi possível identificar diversos resultados nos participantes, destaca-se o quanto o grupo expandiu o seu escopo inicial e se tornou um ótimo espaço de convivência. Houve grande criação de vínculo entre os usuários, que inclusive acabou se dando também fora dos muros da UBS, foram diversos os relatos de participantes que se conheceram no grupo e que fizeram amizade, que frequentavam a casa um do outro e que praticavam atividade física juntos.

Observou-se troca de saberes e de experiências, geração de confiança, apropriação dos conteúdos ministrados e desenvolvimento da capacidade de realização de escolhas nutricionais saudáveis. Também foi identificado, em alguns usuários, sobretudo os que conseguiram ter maior continuidade no grupo e que praticavam atividade física regularmente, redução de Índice de Massa Corporal (IMC), melhora no perfil glicêmico, lipídico e pressórico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se, com esses achados, a existência de um ambiente com grande potencial para trazer reflexão crítica a respeito do cotidiano da comunidade, sendo também um ótimo espaço terapêutico para pacientes com DCNT e para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

No período que este grupo foi iniciado, também foram criados vários outros grupos, com diversas temáticas, na UBS. Porém, poucos vingaram e tiveram continuidade. Entre os aspectos enxergados como importantes para a efetividade do grupo em questão, destaca-se a grande preocupação com a escuta qualificada – que ainda não é vista por grande parte dos profissionais de saúde como uma ferramenta técnica do

processo de trabalho -; a problematização baseada na realidade dos usuários; a comunicação/educação popular; e a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) dentro na UBS, que se aliavam ao grupo de nutrição.

Ao longo dos encontros notou-se, em alguns usuários, uma certa estigmatização em relação a alimentação saudável e o profissional nutricionista, muitos usuários relatavam enxergar a alimentação saudável como algo restritivo e sofrível, e o nutricionista como um profissional “punitivo” que iria proibir diversos alimentos presentes em sua rotina, o que causava uma resistência inicial no paciente. Para enfrentar tal resistência, a postura profissional humanizada, atenta, ética, aliada à forma com que o GAPB induz a abordagem alimentar e nutricional foram fundamentais.

Os resultados alcançados pelo grupo objeto deste relato, superaram os objetivos e as expectativas iniciais planejadas, enfatiza-se a importância de trabalhar a PAAS em ambientes comunitários, de forma horizontal, problematizadora e que tenha como foco metodologias participativas que proporcionem a autonomia do usuário.

REFERÊNCIAS

1. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial Brasília: MS, 1997.
4. WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: World Health Organization, 2018.

5. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization, 2018.
6. WHO. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, 2018.
7. VIGITEL Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
9. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional da Saúde, 2013. Rev. Bras. Epidemiol. 2015; 18 Supl. 2:3-16
10. Cisneros LL, Gonçalves LA. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n. supl. 1, p. 1505-1514, 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de

alimentação e nutrição na atenção básica. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25 Jan 2008.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.
18. Franca CJ, Carvalho VCHS. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 932-948, 2017

**Núcleos de Práticas Corporais:
pensando as teorias e práticas**

*Body Practice Centers:
thinking about theories and practices*

*Centros de Práctica Corporal:
pensando en teorías y prácticas*

Alan Camargo Silva⁴³

Marco Aurelio da Ros, organizador da coletânea, graduou-se em Medicina (especialista em Saúde Comunitária e familiar) pela Universidade Federal de Pelotas, realizou mestrado em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz, doutorado em Educação na Universidade Federal de Santa Catarina. A obra em tela busca realizar e potencializar a aproximação teórica e prática entre Saúde Coletiva e Educação Física.

O livro “Núcleos de Práticas Corporais: pensando as teorias e práticas” traz nove capítulos que transitam entre pesquisas, relatos de experiência, projetos, propostas de articulação acadêmica ou intervenção profissional e discussões teórico-conceituais que problematizam e questionam o biologicismo arraigado na área de Educação Física. Os capítulos conseguem demonstrar como a noção de promoção de saúde exige um trabalho interprofissional, intersetorial e, sobretudo, humanizado não dependendo eminentemente de parâmetros objetivos e técnico-científicos da racionalidade biomédica.

⁴³ Email: alan10@zipmail.com.br

Indubitavelmente, os textos avançam no sentido de fortalecer as discussões sobre os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que atravessam a adesão e a manutenção das práticas corporais. Assim, em termos gerais, os(as) autores(as) dos capítulos demonstram preocupação com os profissionais de Educação Física alertando sobre a necessidade de uma intervenção ampla e integral em saúde para além dos aspectos prescritivos/ individualistas/ normativos e físico-orgânicos, como já anunciado em outra oportunidade por Ros¹. Em síntese, nos capítulos, nota-se que a construção de saberes e práticas em saúde com as práticas corporais se estabelece de modo intersubjetivo, afetivo e dialógico com base nas experiências sociais do próprio público/ comunidade durante o cotidiano.

A coletânea traz uma leitura leve e ao mesmo tempo robusta no sentido de argumentar e consolidar a relevância da presença do profissional de Educação Física no contexto multiprofissional que caracteriza a Atenção Primária à saúde e a estratégia saúde da família. Na obra, ficam explícitos também os limites e os desafios institucionais, governamentais e políticos que afetam a presença das práticas corporais no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIA

1. Ros M, Vieira RC, Cutolo LRA. Educação Física: entre o biológico e o social. Há conflito nisto? R. Motriviv. 2005;17(24):107-17.

O Financiamento do SUS na região Nordeste do Brasil nos anos de 2007, 2012 e 2017

SUS Financing in the Northeast region of Brazil in the years 2007, 2012 and 2017

SUS Financiamiento en la región Nordeste de Brasil en los años 2007, 2012 y 2017

Ana Lúcia Andrade da Silva⁴⁴

Antonio da Cruz Gouveia Mendes⁴⁵

Gabriella Morais Duarte Miranda⁴⁶

Kaline Polyana Serafim da Silva⁴⁷

RESUMO

Analisou-se o financiamento no Sistema Único de Saúde, dos entes federados Estados na região nordeste, entre 2007 e 2017, através de estudo quantitativo, utilizando o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, a partir dos indicadores: Despesa Total com Saúde em Reais (R\$); Despesa Total em Saúde por Habitante; Percentual da Receita Própria aplicada em Saúde; Participação das Transferências da União para a Saúde; e Proporção da Despesa Total com Saúde por Blocos de Financiamento. Entre 2007 e 2017, a maior despesa total com saúde/habitante foi de R\$ 597,72, em Sergipe. Neste período, a variação proporcional foi crescente entre 2007 e 2017, com exceção do estado do Rio Grande do Norte, que apresentou redução de 16,0%. No que se refere as transferências federais, houve redução proporcional em três estados, quando analisados os anos de 2007 e 2017 e em seis unidades federativas, quando observados os valores entre 2012 e 2017. Em 2017 todos

⁴⁴E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

⁴⁵Email: antoniocruc@gmail.com

⁴⁶Email: gabynduarte21@gmail.com

⁴⁷Email: kaline_serafim@yahoo.com.br

os estados cumpriram o percentual de receita aplicada em saúde. Mais de 70% dos recursos investidos destinaram-se ao bloco de Média e Alta Complexidade. A perpetuação do subfinanciamento do SUS, no Nordeste inviabiliza a consolidação da universalização e direito à saúde.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Financiamento da Saúde; Gastos Públicos com Saúde; Alocação de recursos

ABSTRACT

The financing of the Unified Health System was analyzed of the federated entities States in the northeast region, between 2007 and 2017, through a quantitative study, using the Information System on Public Health Budgets, based on the following indicators: Total Health Expenditure in Reais (R\$); Total Health Expenditure per capita; Percentage of Own Revenue applied to Health; Participation of Union Transfers to Health; and Proportion of Total Health Expenditure per Financing Block. From 2007 to 2017, the highest total health expenditure per inhabitant was R\$597.72, in the Sergipe state. The proportional variation was increasing between 2007 and 2017, with the only exception of the state of Rio Grande do Norte, which presented a 16.0% reduction. Regarding federal transfers, there was a proportional reduction in three states, when analyzing the years 2007 and 2017, and in six federal units, when observing the values between 2012 and 2017. In 2017, all states reached the percentage of revenue applied to health. Over 70% of the resources invested were destined for the medium and high complexity block. The SUS underfunding perpetuation in the Northeast makes it impossible to consolidate the right to health universalization.

Keywords: Unified Health System, Healthcare Financing, Public Expenditures on Health, Resource Allocation

RESUMEN

Se analizó el financiamiento en el Sistema Único de Salud, en los estados del noreste, entre 2007 y 2017, a través de un estudio cuantitativo, utilizando el Sistema de Información del Presupuesto Público, con base en los indicadores: Gasto Total en Salud en Reales (R\$) ; Gasto Total en Salud por Habitante; Porcentaje de Ingresos Propios aplicado a Salud; Participación en Transferencias de la Unión a Salud; y Proporción del Gasto Total en Salud por Bloques de Financiamiento. Entre 2007 y 2017, el mayor gasto total en salud/habitante fue de R\$ 597,72 en Sergipe. En ese período, la variación proporcional aumentó entre 2007 y 2017, con excepción del estado de Rio Grande do Norte, que presentó una reducción del 16,0%. En cuanto a las transferencias federales, se observó una reducción proporcional en tres estados, al analizar los años 2007 y 2017, y en seis unidades federativas, al analizar los valores entre 2012 y 2017. En 2017, todos los estados cumplieron con el porcentaje de recursos aplicados en salud. Más del 70% de los fondos

invertidos se destinaron al bloque de Media y Alta Complejidad. La perpetuación de la desfinanciación del SUS en el Nordeste hace inviable la consolidación de la universalización y del derecho a la salud.

Palabras clave: Sistema Único de Salud, Financiación de la Atención de la Salud, Gasto Público en Salud, Asignación de Recursos

1 INTRODUÇÃO

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, de responsabilidade das três esferas de governo. Do governo federal os recursos são originados do Orçamento da Seguridade Social (OSS), constituído da arrecadação de tributos, principalmente as Contribuições Sociais, acrescidos de aportes das receitas dos estados e municípios¹.

Ao longo das três décadas de implantação do SUS, definiu-se um vasto arcabouço de normatização no que tange ao financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), entre leis, decretos, portarias e emendas constitucionais. Destaca-se, no ano 2000 a aprovação da Emenda Constitucional 29 que representou avanços significativos para o financiamento do Sistema, quando determinou os percentuais mínimos da receita própria a serem investidas pela União, estados, Distrito Federal e municípios², e em 2012, a Lei Complementar nº 141/2012, que representou avanços para a normatização do financiamento do SUS. Apresentou-se uma orientação geral para a metodologia de rateio dos recursos federais, incluindo nos critérios de alocação, a dimensão socioeconômica para definição das necessidades de saúde, visando à redução das disparidades regionais³.

Buscando-se fortalecer a gestão e os mecanismos gerenciais relacionados às transferências dos recursos do Ministério da Saúde para os outros entes federados, foram criados através da Portaria GM/MS nº 204/2007, os Blocos de Financiamento do SUS, organizados conforme suas especificidades de ações e serviços de saúde previstos no Plano de Saúde. Os blocos se dividiam em: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. O Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde foi inserido em 2009⁴.

Os seis Blocos de Financiamento do SUS vigoraram por 11 anos, sendo extintos em 2017, sob a justificativa de reorganização dos planos orçamentários municipais, estaduais e da União, com uma nova forma de repasses de recursos Federais, a apenas duas modalidades: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde^{4,5}.

As medidas implantadas ao longo dos mais de 30 anos da criação do SUS, não têm sido suficientes para garantir a universalidade das ações e serviços de saúde. O total de recursos investidos em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), representaram um acréscimo de apenas 1% passando de 2,89 em 2000 para 3,9% em 2011, incremento que adveio do crescimento da participação dos estados e municípios no financiamento do sistema de saúde¹. Deixando o Brasil distante dos 8% de recursos investidos em relação ao PIB, de países europeus e Canadá com Sistemas Universais de saúde⁶.

Entre 2003 e 2017, os investimentos federais com saúde reduziram de 58% para 43% das despesas públicas totais, enquanto os estados e municípios gastaram proporcionalmente cada vez mais com o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Os efeitos da política de austeridade desenvolvida no Brasil transformaram o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS⁷.

Considerando a diminuição dos investimentos federais e o aumento da participação dos estados nos gastos com saúde, e que a região nordeste apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano do país, esse estudo se propôs a analisar o financiamento do sistema público de saúde, dos entes federados estados da região nordeste nos anos 2007, 2012 e 2017.

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para analisar a evolução do financiamento do sistema público de saúde, dos entes federados estados da região nordeste, selecionou-se três anos, compreendidos entre o início (2007) e o término (2017) do período da vigência do modo de financiamento pelos Seis Blocos.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, a partir da análise de cinco indicadores calculados com informações declaradas pelos entes federativos estaduais sobre o financiamento das ASPS, no âmbito do SUS, nos anos 2007, 2012 e 2017 no Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde. Foram analisados os indicadores definidos pela nota técnica do SIOPS⁸, os quais destacam-se:

- *Despesa Total com Saúde em Reais (R\$)*: compreendida como o total das despesas com saúde, referente as despesas correntes e de capital com saúde liquidadas por cada estado, em cada ano, em valores da moeda do Real;
- *Despesa Total em Saúde por Habitante*: calculada pelo quociente entre os valores atualizados da *Despesa Total com Saúde em Reais (R\$)* e o número de habitantes residentes, em cada estado em cada ano estudado;
- *Percentual da Receita Própria aplicada em Saúde*: refere-se à proporção de recursos do tesouro do estado, próprios aplicados em Saúde, estabelecida pela EC 29;
- *Participação proporcional das Transferências da União para a Saúde*: representa a participação das receitas transferidas pela União, vinculadas à Saúde, incluindo as receitas de serviços de saúde, para cada estado, no ano;
- *Proporção da Despesa Total com Saúde por Blocos de Financiamento*: calculada pelo quociente entre os valores em moeda do Real correspondentes ao Bloco e a *Despesa Total com Saúde em R\$*, no estado, no ano, multiplicado por 100.

A atualização (correção) dos valores foi realizada a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPC-A), considerando o último ano estudado (31/12/2017), utilizando-se a calculadora do cidadão, disponibilizada online pelo Banco Central do Brasil⁹.

A análise da Variação Absoluta do indicador Despesa Total em Saúde por Habitante foi calculada pela subtração entre os valores do último ano estudado e os números atualizados do primeiro ano. Para o cálculo da evolução dos indicadores no período foi calculada a Variação Proporcional (VP) entre os anos avaliados, obtida pela equação: $VP = [(\text{indicador no último ano estudado}/\text{indicador no primeiro ano estudado}) - 1] \times 100$. Os dados foram analisados utilizando o software Microsoft Excel.

A pesquisa utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público do Ministério da Saúde, não sendo, portanto, necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, em acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, resguarda-se o dever de divulgar todas as fontes de dados.

3 RESULTADOS

Nos anos 2007, 2012 e 2017, a despesa total com saúde entre os estados nordestinos foi de aproximadamente 46,1 bilhões de reais. Apresentando-se crescente entre 2007 e 2017, com exceção do estado do Rio Grande do Norte, que apresentou uma redução de 2,2% no período de 2007 e 2017. A análise entre 2012 e 2017 apontou para uma redução em cinco estados da região nordeste, com destaque para Sergipe, com queda de 17,4% (tabela 1).

Na tabela 2, observou-se que em 2007, os estados com a maior despesa total com saúde por habitante foram o Rio Grande do Norte e Pernambuco, enquanto as menores foram verificadas no Maranhão e na Paraíba. No ano de 2012 os maiores valores foram identificados em Sergipe e Pernambuco, e os menores no Maranhão e Ceará. No último ano avaliado, Pernambuco e Sergipe permaneceram com os maiores gastos per capita. A

variação absoluta da despesa com saúde/habitante durante os onze anos avaliados, variou entre R\$ 64,27 reais em Alagoas e R\$ 167,25 reais em Sergipe. Contrariamente, o estado do Rio Grande do Norte apresentou uma redução de R\$ 82,00 reais nos gastos totais aportados para custeio e investimento nas ações e serviços públicos de saúde da sua população. A variação proporcional foi crescente entre 2007 e 2017, com exceção do estado do Rio Grande do Norte, que apresentou redução de 16,0%. E entre 2012 e 2017, observou-se crescimento em apenas três estados, Ceará, Maranhão e Piauí (tabela 2).

A análise do percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, revelou que em 2007, todos os estados investiram os 12% mínimos estabelecidos, com exceção do Maranhão (11,8%), e o maior aporte foi realizado pelo Rio Grande do Norte (17,5%). Em 2017, todos os estados investiram a proporção mínima do tesouro próprio no SUS, sendo a maior aplicação realizada pelo estado de Pernambuco (16,4%). Entre 2007 e 2017, a variação média proporcional foi superior no Ceará e Maranhão, em contrapartida, nos estados do Rio Grande do Norte, Piauí e Sergipe houve decréscimo do investimento de recursos próprios nas ações e serviços públicos de saúde (gráfico 1).

No que se refere à proporção das transferências federais para a saúde, os maiores percentuais foram verificados no estado de Pernambuco. Os menores repasses foram observados nos estados do Maranhão em 2007 e da Paraíba, em 2012 e 2017. Houve redução proporcional em quatro estados, quando analisados os anos de 2007 e 2017 e em sete unidades federativas, quando observados os valores entre 2012 e 2017 (tabela 3).

Entre os estados que registraram as despesas segundo os blocos de financiamento, mais de 70% dos recursos se referiram às ações e serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), sendo superior a 90% na Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe, em 2017. A despesa com as ações de Vigilância à Saúde reduziu em cinco estados da região

(Alagoas, Ceará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte) entre o primeiro e o último ano avaliado (tabela 4), além desses, no estado de Sergipe, também se observou redução com as despesas relacionadas ao bloco de Assistência Farmacêutica.

4 DISCUSSÃO

O estudo analisou as despesas e repasses das transferências federais e de recursos próprios dos estados da região nordeste nos anos de 2007, 2012 e 2017, período que compreendeu a implantação e fim da vigência da modalidade de gestão de recursos no SUS em seis blocos de financiamento, através da Portaria nº 3.997 publicada no ano de 2017¹⁰.

Os resultados apontaram que entre os estados da região Nordeste, a maior despesa total com saúde foi de R\$ 544,60 por usuário por ano, em 2017. Evidenciou-se ainda que em valores corrigidos pelo Índice de Inflação (IPCA), o incremento real na despesa com saúde por habitante demonstrou que o baixíssimo investimento no Sistema Público de Saúde Brasileiro tem se perpetuado, ao passar dos anos, o que corrobora com os achados de Soares e Santos¹¹, que verificaram que o gasto público com saúde per capita do Brasil, em 2011, corrigido pela Paridade do Poder de Compra correspondeu a aproximadamente 1/6 do Canadá e França e 1/4 da Espanha e Reino Unido. Sendo ainda, menor que o da Argentina, do Chile e do Uruguai.

Há uma grande divergência no aporte de investimentos de recursos no SUS para o financiamento das ações e serviços de saúde, na ordem de 3,84% (União, Estados e municípios) do Produto Interno Bruto, enquanto a média dos países europeus com sistemas universais é de 8,3% do PIB⁶. Para que o Brasil alcance o nível desses países, seria necessário dobrar os investimentos do SUS com relação ao PIB¹².

Em relação à aplicação das receitas próprias no SUS, no primeiro ano avaliado, apenas o estado do Maranhão não havia aplicado os 12% mínimos estabelecidos pela EC 29. Em 2017, todos os estados da região nordeste

aportaram a proporção mínima das receitas próprias no SUS, expressando a importância da aprovação da Emenda Constitucional 29, assegurando a participação mínima dos entes federados no financiamento do Sistema.

Entretanto, diversos estudos têm demonstrado, que ao passar dos anos, estados e municípios vêm aumentando suas participações nos dispêndios com a saúde, não sendo acompanhados nas mesmas proporções pelo governo Federal^{11,13-16}. Apesar de Piola, França e Nunes¹⁷, apresentarem em seus resultados um aumento dos valores em bilhões gastos pela esfera federal com ASPS entre 2000 e 2010, os autores demonstram uma redução proporcional da participação deste ente federado em relação a esses gastos no período.

Posteriormente à promulgação da EC 29, estados e municípios responsabilizaram-se pela ampliação de dois terços dos recursos gastos no sistema de saúde, enquanto os valores aportados pela União representaram somente um terço do acréscimo observado entre 2000 e 2011¹⁸.

Entre 2002 e 2014, a alocação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, pelas esferas gestoras do SUS, passou de 94,6 para 216,6 bilhões de reais, um aumento de 129%. Entretanto, a contribuição da esfera federal decresceu de 52% para 42%, ao passo em que estados e municípios ampliaram suas participações de 23% para 26%; e de 25% para 31%, respectivamente¹⁴. Nos últimos anos, é notável que as esferas estaduais e municipais, para além de cumprir a aplicação de percentuais mínimos, exigidos pela legislação, vêm se esforçando para a ampliação do financiamento do SUS, no sentido a garantir a universalidade e integralidade da assistência^{14,15}.

Miranda, Mendes e Silva¹⁹ identificaram um crescimento dos gastos totais com saúde em 106,5% em valores atualizados entre 2000 e 2012, com uma maior participação dos estados e municípios no seu financiamento.

Houve redução no percentual de aplicação das receitas próprias no financiamento do SUS, nos estados do Rio Grande do Norte, do Piauí e de Sergipe, entre o primeiro e o último ano do período. Em 2007, essas Unidades Federadas apresentavam percentuais da aplicação de recursos próprios na

saúde, superiores aos 12% determinados pela EC/29²⁰ e possivelmente esse montante não correspondia a gastos específicos com saúde, em virtude das ASPS terem sido definidas somente em 2012, após a publicação da Lei Complementar (LC 141/2012)²¹.

Até à normatização da definição de ASPS, muitos entes federados computavam, pagamentos de aposentadorias, e pensões de pessoal egresso da área, obras de infraestrutura e saneamento básico, merenda escolar, entre outras como despesas com saúde¹⁸. A Lei Complementar 141 de 2012 avançou significativamente ao definir uma orientação geral para a realização do rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Estabelecendo quais são as ações dos sistemas de saúde e atividades que envolvem a produção assistencial e responsabilidades de cada instância do SUS^{13,20}.

Os resultados do presente estudo revelaram que houve redução da proporção das transferências federais em quatro estados entre 2007 e 2017 e em sete estados nordestinos entre 2012 e 2017. Cenário que por um lado demonstra os reduzidos gastos per capita e por outro sugere a situação do subfinanciamento do SUS.

Soares e Santos¹¹ ao analisarem o financiamento do sistema de saúde entre 1995 e 2012, também demonstraram que o gasto público per capita do Brasil em 2011, quando corrigido pela Paridade do Poder de Compra era inferior aos valores de países como Espanha, França e Reino Unido, além dos nossos vizinhos, Argentina, Chile e Uruguai.

Na medida em que se sabe que os recursos para custeio e investimentos das ações e serviços públicos de saúde, advém da arrecadação de tributos, e embora o financiamento seja de responsabilidade tripartite, o governo Federal apresenta capacidade de arrecadação substantivamente superior aos estados e municípios, devendo, portanto, resguardar essa proporcionalidade nos investimentos do Sistema.

Apesar da União ser o maior ente financiador da política de saúde, a proporção dos gastos federais com saúde oriundos do percentual do PIB não tem crescido ao longo dos anos. Isso reforça o impacto do subfinanciamento no sistema de saúde, frente à complexificação da assistência diante das necessidades e demandas de saúde da população e da descentralização das responsabilidades sanitárias¹⁹.

O texto constitucional estabeleceu que 30% do OSS deveria ser destinado ao financiamento do SUS, somado os investimentos das receitas dos estados, Distrito Federal e municípios. Passados 31 anos da implantação, os normativos implantados não esclareceram o papel para reduzir as desigualdades na alocação dos recursos de modo equitativo, entre as regiões e estados brasileiros³.

Os valores per capita encontrados no estudo apresentaram-se baixos, corroborando com estudo¹⁷ realizado no Brasil entre 2000 e 2010 identificou que o gasto público per capita no Nordeste passou de R\$ 272,46, em 2000 para R\$ 514,30 em 2010, e que a região apresentou os menores valores, entre as cinco macrorregiões brasileiras.

Soares e Santos¹¹ avaliaram os investimentos realizados pelos três entes Federativos no SUS, entre 1995 e 2012 e concluíram que o valor do gasto público com saúde por habitante no Brasil não corresponde com os valores necessários para o financiamento de um sistema universal de saúde.

Os gastos *per capita* com saúde do Canadá, Reino Unido e Espanha, que implantaram Sistemas Universais, são cerca de três a cinco vezes superior aos gastos brasileiros. Também apresentam dispêndios superiores, a Argentina e o Chile, países que não têm sistema universal de saúde¹⁵.

O gasto do governo federal é considerado um aporte muito baixo para organizar efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Os gastos totais (público e privado) como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (8%), aparentemente semelhante ao do Reino Unido (9,3%) e Canadá (10,9%), que também possuem Sistemas Universais, na

verdade guardam grandes diferenças. A participação do gasto público no financiamento representa, em média, 70% das despesas totais, enquanto no Brasil não chega a (48%), semelhante ao verificado no Chile (47%), inferior ao da Argentina (68%). Características que conferem ao Brasil uma condição paradoxal: ser o único país, com Sistema Universal com gasto privado maior que o público^{17,21}.

No que se refere, aos Blocos de financiamento, a maior proporção dos dispêndios com saúde destinaram-se ao custeio das ações de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), com exceção do estado de Alagoas que no primeiro ano estudado apresentou uma maior despesa proporcional com o bloco de Gestão, o que pode estar relacionado ao início de implantação da lógica dos blocos de financiamento e a natureza específica deste bloco, comportamento que precisa ser melhor estudado. Por sua vez, em grande parte dos estados nordestinos, o percentual de despesas nas ações de Vigilância à Saúde e Assistência Farmacêutica reduziu entre o primeiro e o último ano avaliado. Esses resultados coincidem com os achados de Mazón e colaboradores⁴, que identificaram, em uma análise nos municípios de Santa Catarina, que o maior percentual de recursos destinou-se ao Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

No processo de descentralização da gestão dos recursos federais, as transferências a estados e ao Distrito Federal visaram principalmente descentralizar o financiamento das ações relacionadas ao Bloco de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial. Os gastos descentralizados com atenção hospitalar e ambulatorial, que somavam de R\$3,10 bilhões em 2001, passaram para R\$11,87 bilhões em 2009, dois anos após a criação do Blocos. Em menor medida, mas também importante, verificou-se crescimento de dispêndio descentralizado em relação aos programas de Assistência Farmacêutica, passando de R\$0,24 bilhão, em 2001 para R\$2,32 bilhões em 2010. A soma das transferências dos demais programas não apresentaram alterações relevantes, no período¹.

A modalidade de alocação de recursos em seis Blocos de Financiamento no SUS vigorou onze anos, sendo modificada no último ano do estudo, permeada por divergências pela defesa da sua manutenção, ou clamor por mudanças sob os argumentos de engessamento dos recursos, dos inúmeros componentes e as mais de 800 rotulações que envolviam a gestão financeira dos seis Blocos.

A substituição dos seis blocos de financiamento para apenas dois (custeio e investimento) não mudou a forma de rateio, permanecendo a lógica de gastos e incentivos financeiros de acordo com as ações e serviços de saúde apresentadas pelos estados e municípios²².

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se na região nordeste a perpetuação do subfinanciamento do SUS, com baixas despesas totais públicas por habitante, em uma região que historicamente apresentou os menores dispêndios do País.

Os estados nordestinos têm respeitado a aplicação mínima das receitas para investimento das Ações e Serviços Públicos de Saúde, mas os repasses federais reduziram para a maioria destes, nos últimos anos avaliados. Crise que tende a se agravar, em virtude da vigência da Emenda Constitucional 95/2016 que congelou os investimentos das ASPS pelos próximos 20 anos.

Somando-se a isso, a mudança no formato dos repasses das transferências Federais aos estados e municípios, com a vigência de dois blocos de financiamento: Custeio e Investimentos, pode representar uma grave ameaça ao financiamento de setores historicamente desfavorecidos como Vigilância à Saúde e Atenção Primária.

A extinção dos blocos de financiamento foi implantada à revelia da apreciação do Conselho Nacional de Saúde, em uma conjuntura política de congelamento dos investimentos por 20 anos com as políticas públicas. Somada à prorrogação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) apontam

que a consolidação do SUS enquanto Sistema público Universal está sob grave ameaça.

Frente aos desafios que se apresentam e agora mais do que nunca, considerando o cenário devastador da pandemia da COVID-19, que trouxe para o centro do debate a importância do Estado enquanto promotor da proteção social e garantia dos direitos fundamentais, é preciso resgatar a luta pelo financiamento daquela que é a maior conquista social do país: o Sistema Único de Saúde. A sociedade brasileira precisa juntar-se aqueles que defendem o sistema desde o seu nascimento, mostrando-se disposta a assumir que a defesa da vida é o maior bem que o sistema pode proporcionar ao país.

REFERÊNCIAS

1. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento público da saúde: Uma história à procura de rumo. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2013; 1846.
2. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(Sup):1851-1864.
3. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Rosa AC. (Org.). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.
4. Mazon LM, Colussi CF, Senff CO et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate.* 2018; 42 (116): 38-51.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.
6. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde e Sociedade* 2013; 22(4): 987-993.
7. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública–austeridade versus universalidade. *Saúde em debate* 2020; 43: 58-70.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS, DE 23/03/2009. Brasília, 2009.
9. Brasil. Banco Central do Brasil. Calculadora do Cidadão. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>. Acesso em: 11 jun. 2019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.997, de 28 de dezembro de 2017. Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de custeio destinados à execução de obras de reforma. Brasília, 2017.
11. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*. 2014; 38(100): 18-25.
12. Marques RM. O direito à saúde no mundo. In: Marques, RM; Piola, OS; Roa, AC (organizadores). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro : ABRES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016.
13. Piola SF. Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), No. 2298., Brasília, 2017.
14. Gomes FBC. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*. 2014; 38(100): 6-17.
15. Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2016; 40(109): 187-199.
16. Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acessado em: 03 set. 2018.
17. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2):411-421.
18. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, Paiva AB. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013; 4: 19-70.
19. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde Soc*. 2017; 26(2): 329-335.

20. Barbosa AP, Tardivo CRF, Barbosa E. C. Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. *Administração Pública e Gestão Social*. 2016; 1(1): 66-74.
21. Marques RM, Piola SF, Roa AC et al. (Org.). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.
22. Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(Número Especial 1): 224-243.

**Percepção dos sanitaristas residentes quanto à
formação na graduação em Saúde Coletiva para
atuação em equipes multiprofissionais na Atenção
Básica**

*Perception of resident health professionals regarding
graduation in Public Health to work in multidisciplinary
teams in Primary Care*

*Percepción de los profesionales sanitarios residentes sobre
la titulación en Salud Pública para trabajar en equipos
multidisciplinares en Atención Primaria*

Fabiana de Oliveira Silva Sousa⁴⁸

Dara Andrade Felipe⁴⁹

Jorgiana de Oliveira Mangueira⁵⁰

Franciele Bezerra Sousa da Silva⁵¹

Leandra França da Silva⁵²

⁴⁸Fisioterapeuta e sanitarista, Doutora em Saúde Pública, Professora do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. e-mail: fabiana.osilva@ufpe.br

⁴⁹Psicóloga e sanitarista, Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ. e-mail: dara.andradef@gmail.com

⁵⁰Fisioterapeuta, Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, Professora do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. e-mail: jorgiana.mangueira@ufpe.br

⁵¹Bacharel em Saúde Coletiva formado pelo Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. e-mail: francielesilva05@hotmail.com

⁵²Bacharel em Saúde Coletiva formado pelo Centro Acadêmico de Vitória, Residente em Saúde da Família pela Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes-PE. e-mail: leandra.franca96@gmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção de sanitaristas residentes quanto à formação na graduação em saúde coletiva para atuar em equipes multiprofissionais na Atenção Básica. A escolha do tema tem relevância para acadêmicos da área, pois, apesar de existirem várias discussões sobre essa nova graduação em saúde coletiva, ainda existe uma escassez de material publicado sobre a atuação desses egressos em equipes multiprofissionais na Atenção Básica. O estudo foi de natureza qualitativa com sanitaristas residentes que atuam na Atenção Básica no estado de Pernambuco, no período de janeiro a abril de 2021, através de entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin para analisar os dados que foram organizados em quatro categorias analíticas: competências necessárias para o sanitarista atuar na atenção básica; conteúdos e estratégias pedagógicas na graduação em saúde coletiva que oferecem subsídio para atuação dos sanitaristas na atenção básica; fragilidades da graduação em saúde coletiva quanto à formação para atuar na atenção básica; sugestões para fortalecimento da formação do sanitarista para atuação na atenção básica. Verifica-se que a graduação em saúde coletiva possibilitou um conhecimento amplo com relação aos determinantes e condicionantes da saúde, análise de território e processo saúde-doença. As disciplinas, estágios e projetos de extensão vivenciados na graduação dão base para atuação do sanitarista na Atenção Básica, mas, se faz necessário revisar a matriz curricular do curso, para fortalecer a formação e melhor desenvolver atividades no âmbito da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção básica. Pessoal de saúde. Saúde coletiva.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the perception of resident public health professionals regarding graduation in collective health to work in multidisciplinary teams in Primary Care. The choice of the topic is relevant for academics in the area, since, despite several discussions about this new graduation in public health, there is still a shortage of published material on the performance of these graduates in multidisciplinary teams in Primary Care. The study was qualitative in nature with resident sanitarists who work in Primary Care in the state of Pernambuco, from January to April 2021, through semi-structured interviews. Bardin's content analysis technique was used to analyze the data, which were organized into four analytical categories: skills necessary for the sanitarist to work in primary care; pedagogical contents and strategies in public health graduation that provide subsidies for the work of sanitarists in primary care; weaknesses of graduation in collective health regarding training to work in primary care; suggestions for strengthening the training of health professionals to work in primary care. It is verified that the graduation in collective health allowed a broad knowledge regarding the determinants and conditions of health, territory analysis and the health-disease

process. The disciplines, internships and extension projects experienced during graduation provide the basis for the performance of the sanitarian in Primary Care, but it is necessary to review the course's curricular matrix, to strengthen training and better develop activities within the scope of Primary Care.

Keywords: Primary care. Health personnel. Collective health.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los profesionales de la salud pública residentes sobre la titulación en salud colectiva para trabajar en equipos multidisciplinares en Atención Primaria. La elección del tema es relevante para los académicos del área, ya que, si bien existen varias discusiones sobre esta nueva graduación en salud pública, aún existe una escasez de material publicado sobre el desempeño de estos graduados en equipos multidisciplinarios en Atención Primaria. El estudio fue de carácter cualitativo con sanitarios residentes que laboran en Atención Primaria en el estado de Pernambuco, de enero a abril de 2021, a través de entrevistas semiestructuradas. Para analizar los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin, que se organizó en cuatro categorías analíticas: habilidades necesarias para que el sanitario trabaje en atención primaria; contenidos y estrategias pedagógicas en la graduación en salud pública que otorguen subsidios al trabajo de los sanitarios en la atención primaria; debilidades de la titulación en salud colectiva en cuanto a la formación para trabajar en la atención primaria; sugerencias para fortalecer la formación de los profesionales de la salud para trabajar en la atención primaria. Se constata que la graduación en salud colectiva permitió un conocimiento amplio sobre los determinantes y condiciones de la salud, el análisis del territorio y el proceso salud-enfermedad. Las disciplinas, pasantías y proyectos de extensión vividos durante la graduación sientan las bases para el desempeño del sanitario en Atención Primaria, pero es necesario revisar la matriz curricular del curso, para fortalecer la formación y desarrollar mejor las actividades en el ámbito de la Atención Primaria.

Palabras clave: Atención primaria. Personal sanitario. Salud pública.

1 INTRODUÇÃO

A presença de sanitários é antiga na área da saúde no Brasil, desde a década de 1920, com distintas formações e funções. A partir da década de 1970, esta formação se fortaleceu com cursos de pós-graduação *lato sensu* em instituições como a Universidade de São Paulo (USP) e a Escola Nacional de

Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). A possibilidade de criação de cursos de graduação em saúde coletiva já era abordada desde a década de 1980, tendo em vista a demanda reprimida de gestores qualificados para o Sistema Único de Saúde (SUS) para diferentes localidades. A necessidade de encurtar o tempo de formação de sanitaristas, dada à importância dos conhecimentos da saúde coletiva para reorientação dos modelos de atenção, também fortaleceu as discussões sobre a existência de um curso de graduação em saúde coletiva¹.

As discussões em torno da graduação em Saúde coletiva avançaram a partir dos anos 2000. Em 2001, a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) criou um curso de graduação do campo da Saúde Coletiva, denominado Administração de Sistemas e Serviços de Saúde². Em 2007, o contexto político tornou-se favorável para a criação e expansão de novos cursos com o decreto Nº. 6.096 que instituiu o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)³. A partir de 2008, os cursos de graduação em Saúde Coletiva expandiram-se no Brasil e, atualmente, estão presentes em todas as regiões do Brasil².

O Sanitarista no Brasil ainda não é uma profissão regulamentada pela legislação nacional, entretanto o Projeto de Lei Nº 1.821/21 está em processo de discussão na Câmara dos Deputados⁴. Em 2017 o sanitarista foi incorporado ao registro da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a ocupação representa a agregação de empregos ou situações de trabalhos similares². Na CBO a ocupação de sanitarista foi definida sumariamente como: aqueles que “Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde, definem estratégias para unidades e/ou programas de saúde, realizam atendimento biopsicossocial, administram recursos financeiros, gerenciam recursos humanos e coordenam interface com entidades sociais e profissionais”⁵.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde coletiva preconizam três núcleos de conhecimentos e práticas: gestão em saúde, atenção à saúde e educação e comunicação em saúde. O núcleo da gestão deve proporcionar competências para atuação em

atividades de gestão, política, planejamento, avaliação, entre outras. A atenção à saúde deve proporcionar atuação em ações multiprofissionais, interdisciplinares de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. E o eixo da educação e comunicação em saúde deve estimular a atuação em práticas pedagógicas, mobilização popular, comunicação em saúde e ativismo comunitário, dentre outras atribuições⁶.

Quanto aos componentes curriculares do curso, as DCN orientam que os mesmos contemplem conteúdos que envolvam as seguintes temáticas: ciências básicas e da vida, epidemiologia, planejamento, gestão, avaliação, auditoria, políticas públicas e sistemas de saúde, economia da saúde, humanidades em saúde, educação, comunicação e promoção da saúde, saúde ambiental, vigilâncias da saúde, análise da situação de saúde, além de pesquisa, ciência, tecnologia e inovação em saúde⁶.

Além das disciplinas cursadas, os estudantes devem passar por estágios curriculares que permitem ao graduando o desenvolvimento de sua capacidade problematizadora, reflexiva, crítica e interdisciplinar, para que seja possível uma inovação da forma de organizar as atividades nos serviços de saúde, de forma a englobar o saber, a ideologia e a prática^{7,8}. Os mesmos também podem participar de projetos e pesquisas que propõe a aproximação com a comunidade, integrando o tripé: ensino, pesquisa e extensão.

Durante a graduação são desenvolvidas ações em consonância com os princípios norteadores do SUS⁹. Se, historicamente, o sanitarista tem atuado em diferentes espaços de gestão no setor saúde, as DCN e algumas políticas e programas de saúde tem apontado a possibilidade deste profissional também atuar em ações de educação e atenção à saúde como nos casos do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NAFS-AB) e Academia da saúde^{10,11}.

O NASF-AB foi criado em 2008 com a finalidade de aumentar a resolutividade e integralidade das ações das equipes de Saúde da Família (eSF)

na rede de serviços à saúde¹². O NASF-AB pode ser composto por diversos profissionais, dentre eles o sanitarista¹⁰.

O NASF-AB deve atuar a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial e na perspectiva de ultrapassar a lógica centrada apenas na doença, através da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado^{13,14}. Mas, um dos desafios que o NASF-AB encontra atualmente é a persistência da visão fragmentada dos serviços de saúde pelos profissionais da área, tendo em vista a insuficiência nas formações e capacitações dos mesmos¹⁵.

Diversas políticas têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde para reorientar a formação dos profissionais de saúde com vistas às necessidades do SUS e da política de atenção básica, particularmente. Uma das estratégias mais relevantes foi a criação dos programas de residências multiprofissionais com ênfase em saúde da família ou atenção básica¹⁶. Esses programas multiprofissionais são uma modalidade de pós-graduação “*latu sensu*” em serviço e mostram-se como uma possibilidade de mudança das práticas em saúde, onde seja possível a troca de saberes, superando as dificuldades encontradas dentro do atual modelo de atenção à saúde.

Os sanitaristas estão entre os profissionais que fazem parte desses programas de residência, encontrando a atenção básica como um campo de atuação e desenvolvimento das suas funções, ampliando a atenção à saúde, analisando também o meio social ao qual o sujeito está inserido¹⁷. No NASF-AB, o profissional sanitarista pode

reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades

de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado, etc.)¹⁰.

Diante de tal cenário emerge a provocação que direciona esse estudo: como a graduação em saúde coletiva oferece subsídio para o egresso atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica?

A escolha do tema deste estudo tem relevância para os acadêmicos da área de saúde coletiva, pois, apesar de existirem várias discussões dessa nova graduação, ainda existe uma escassez de material publicado sobre a atuação desses profissionais na atenção básica e nas equipes do NASF-AB. Neste sentido, é importante investigar como a graduação tem preparado esses novos profissionais para atuação nas equipes multiprofissionais da atenção básica, em vista de reorientar a matriz curricular e melhor contemplar experiências teóricas e práticas para atuação na atenção básica.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Aspectos Metodológicos

Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo realizado no estado de Pernambuco, no período de janeiro a abril de 2021. Os sujeitos do estudo foram os sanitaristas residentes que atuam na atenção básica, através de programas de residência multiprofissional com ênfase na atenção básica, desenvolvidos no estado de Pernambuco.

No período do estudo havia 5 programas de residência que ofertavam, juntos, 10 vagas anuais para sanitaristas. Os residentes foram contactados via telefone e email e convidados a participarem da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas a nove profissionais graduados em saúde coletiva que estavam, na ocasião, vinculados a 4 programas de residências multiprofissionais na área de atenção básica. Todos os participantes atuavam em equipes multiprofissionais do NASF-AB a mais de 6 meses.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um roteiro de entrevista semiestruturado com questões relacionadas à formação dos residentes sanitарistas e a inserção dos mesmos na atenção básica. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que consiste num conjunto de técnicas das comunicações que objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens¹⁸.

A análise de conteúdo adequa-se a estudos como este que visam a apreensão de mensagens reveladas ou ocultas, num esforço de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”¹⁹. As entrevistas foram analisadas seguindo uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação¹⁸.

Esta pesquisa é parte integrante do projeto “A inserção do profissional sanitарista no núcleo ampliado de saúde da família: perspectivas e desafios na atenção primária à saúde” que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Acadêmico de Vitória (CAV-UFPE) e está registrado sob o CAAE 17763519.9.0000.9430. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

2.2 Resultados e discussão

Todos os sanitарistas residentes entrevistados são egressos do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e estavam vinculados a 4 programas de residência, a saber: Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização da atenção à saúde – CAV/UFPE; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em saúde do campo- UPE; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – CCS/UFPE; e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes

– SMS/Jaboatão dos Guararapes-PE. Destes, 6 eram do sexo feminino e a faixa etária variou entre 21 a 39 anos de idade no momento da entrevista.

Nas entrevistas os sanitaristas residentes puderam exteriorizar seus pensamentos e opiniões no que se refere às vivências de sua graduação e contribuições para atuação na atenção básica. Foram identificados quatro eixos nos quais as falas dos residentes foram categorizadas: 1. Competências necessárias para atuação do sanitarista na atenção básica; 2. Conteúdos e estratégias pedagógicas na graduação em saúde coletiva que oferecem subsídios para atuação dos sanitaristas na atenção básica; 3. Fragilidades da graduação em saúde coletiva quanto à formação profissional para atuação dos sanitaristas na atenção básica; e 4. Sugestões para fortalecimento da formação do sanitarista para atuação na atenção básica.

2.2.1 Competências necessárias para atuação do sanitarista na atenção básica

Segundo Nascimento e Oliveira (2010)¹⁷, competências podem ser definidas como a produção de habilidades de maneira competente em determinada situação, de acordo com os conhecimentos adquiridos, porém, sem se restringir a eles. É produzida durante a formação, mas pode ser desenvolvida no cotidiano de trabalho.

Os sanitaristas residentes entrevistados nesta pesquisa relataram o que percebiam como competências relevantes para sua atuação em equipes multiprofissionais na atenção básica. Uma das mais citadas como necessária foi a competência de analisar o território e identificar sua influência no processo saúde-doença da população. Os entrevistados se referiram a essa competência como algo inerente ao sanitarista, e que possibilita a esse profissional um olhar ampliado com relação aos determinantes e condicionantes da saúde e lhe confere potencialidade para atuar nesse nível de atenção.

Então a gente tem muito essa visão de território que a atenção básica trabalha, então talvez para a gente quando chegue lá tenha essa facilidade. (E1)

A gente não pode ficar só no planejamento, só nas reuniões, a gente tem que realmente ir para ponta e entender, a gente tem como articular essa rede, para dá apoio a essas famílias [...]. (E2)

Cada território onde os indivíduos estão inseridos tem sua singularidade. É nele onde se localizam os determinantes e condicionantes que influenciam no processo saúde-doença. O território incorpora o componente cultural, tendo uma dimensão simbólica e uma dimensão material de natureza econômico- política. Essa abordagem do território permite entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários²⁰.

Outras competências também foram reconhecidas como necessárias para atuação na atenção básica e de fácil domínio pelo sanitarista. Articulada a competência anterior identificou-se a capacidade de analisar situação de saúde, elaborando diagnósticos que subsidiem o planejamento das equipes. Além dessa, a análise dos processos de trabalho e o uso de tecnologias leves para fortalecer a gestão do cuidado.

[...] análise de conjuntura, do processo de trabalho, então a gente consegue analisar isso e ver falhas que existem, o que devem mudar, o que deve continuar, o que deve melhorar. [...] naturalmente tem um poder de liderança. (E1)

[...] na análise do perfil epidemiológico, do diagnóstico do território a gente tipo tem uma facilidade muito grande para lidar com esses dados para transformar esses dados em informações e subsidiar sabe o planejamento da equipe em relação a isso, e até para criar ferramentas de monitoramento das atividades dos profissionais do NASF e até desenvolver tecnologias leves que facilitem o trabalho. (E2)

Os participantes também ressaltaram a importância da competência de trabalho em equipe, possibilitando o desenvolvimento de diversas atividades do campo comum da atenção básica²¹, tais como: ações de educação em saúde, educação permanente e acolhimento.

[...] participar de todas as atividades, com todos os profissionais, participar de acolhimento, participar de grupo, se colocar também, eu acho que é importantíssimo o estudante se colocar como figura ativa [...]. (E7)

[...] trabalhar com a equipe, eu tenho que desenvolver apoio matricial, educação permanente [...]. (E8)

A atuação no âmbito da atenção básica, inclusive das equipes do NASF-AB, é organizada a partir das diretrizes do trabalho interprofissional. Um dos desafios antigos que permanece na atualidade é fortalecer a integração entre os profissionais e as diferentes equipes, de modo que o trabalho interprofissional seja um grande facilitador para garantia de práticas de cuidado mais integrais²². Os trabalhadores da saúde enfrentam dificuldades para exercer a interprofissionalidade, pois existem fragilidades que vêm desde a graduação, cujo enfoque ainda é a formação de profissionais focados na sua especialidade¹⁵.

Segundo Paro e Pinheiro (2018)⁷, os profissionais conseguem oferecer contribuições interprofissionais com maior facilidade quando vivenciam essa aprendizagem durante a graduação e que, assim, é possível subsidiar mudanças na realidade do trabalho no SUS, possibilitando melhoria na qualidade da atenção à saúde.

O graduando em saúde coletiva para atuação na Atenção Básica deve desenvolver também a capacidade de estabelecer vínculos não só com os profissionais, mas também, com os usuários:

[...] bastante importante o contato também com a população, porque de início a gente não tem muito jeito, de início a gente fica muito gelado, muito duro, sem experiência, e quando a gente começa a fazer o corpo a corpo, vai aprendendo um pouco mais, ... essa relação, esse contato com as pessoas é muito importante. [...]. (E7)

A relação entre profissional-usuário possibilita uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades, pois gera um vínculo, onde os profissionais conseguem dialogar e construir estratégias de cuidado mais condizentes com a realidade e necessidades da população. Também é uma atitude democrática uma vez amplia a possibilidade de decisão e corresponsabilização dos usuários²³.

2.2.2 Conteúdos e estratégias pedagógicas na graduação em saúde coletiva que oferecem subsídio para atuação dos sanitários na atenção básica

Nessa categoria foram agrupadas as principais estratégias pedagógicas (projetos, extensão, estágios, pesquisas e disciplinas) e conteúdos desenvolvidos nas disciplinas do curso de graduação que os entrevistados perceberam como relevantes para subsidiar a atuação na atenção básica.

Dentre as estratégias abordadas está o Programa de Educação Tutorial na Saúde (PET-Saúde). É um programa pautado na integração ensino-serviço-comunidade, com o objetivo de fortalecer territórios estratégicos e ofertar uma formação profissional em saúde voltada para as necessidades de saúde da população, através de uma transformação da graduação da saúde, prática profissional e interação com os usuários²⁴.

Eu fiz um PET, que foi o PET-Rede Cegonha, por três anos que a gente trabalhava no desenvolvimento de atividades na atenção básica, só que como eu era sanitária, eu ficava mais na área do planejamento, que

era na construção de questionários de avaliação de estrutura, essas coisas, é... me aproximou um pouco da atenção básica. (E2).

A inserção dos estudantes de graduação nos serviços de saúde via PET- Saúde, possibilita que os profissionais supervisionem e orientem os graduandos que vivenciam o serviço público de saúde como um campo de práticas²⁵.

Como pode ser observado na fala do entrevistado, o programa possibilitou uma aproximação com a Atenção Básica. Contudo, é importante destacar que o PET- Saúde contempla apenas uma parcela dos graduandos, com ofertas de vagas de maneira descontínua mediante fomento do Ministério da Saúde.

Disciplinas e conteúdos estudados em sala de aula contribuíram para a atuação do sanitarista na atenção básica, como afirma o entrevistado 9: “[...] Sim, as disciplinas que a gente cursou com certeza dá uma base [...]” (E9). Os entrevistados também citaram algumas disciplinas que tratam de do desenvolvimento de monitoramento, da educação permanente, da educação popular como importantes para a instrumentalização do sanitarista na AB. A compreensão sobre as diversas tecnologias de cuidado, conteúdo de uma disciplina específica, foi destacado.

[...] disciplina de tecnologia em saúde, então a gente ver as tecnologias leves [...] sistemas de informações que a gente trabalha nas disciplinas [...] realmente tem algumas coisas que a gente estudou que ajuda [...]. (E1)

[...] assim a graduação ela traz disciplinas que fazem com que o sanitarista ele não fique perdido, porque tudo que a gente consegue desenvolver hoje na atenção básica de monitoramento, de realização de grupo, educação permanente, fora a educação permanente também a educação popular em saúde, é tudo com base nas nossas diretrizes curriculares. (E6)

Os projetos de extensão e estágios ao longo do curso no espaço da Atenção Básica são de suma importância para que o graduando em saúde coletiva desenvolva as habilidades necessárias.

[...] sempre nos meus estágios a parte mais que eu me identifiquei foi a atenção básica, por estar mais perto da população. [...] Projeto viver saúde coletiva, que eu acho que eu passei um bom tempo, não lembro quanto tempo, mas eu estagiei na atenção básica do meu município e foi muito interessante, porque quando você partia para o estágio, você já tinha mais ou menos a noção do que a atenção básica fazia. [...] meu estágio 2 foi justamente na atenção básica. (E3)

2.2.3 Fragilidades da graduação em saúde coletiva quanto à formação profissional para atuar na atenção básica

Com relação às dificuldades da graduação, os entrevistados relataram a ausência de uma disciplina com enfoque na atuação do sanitарista na atenção básica. No primeiro período da graduação, o estudante é inserido no território da Atenção Básica, visitando as unidades básicas de saúde (UBS). Foi indicado que o número reduzido de visitas não propicia uma vivência mais profunda sobre a realidade das equipes que atuam na atenção básica, particularmente as possibilidades de atuação do sanitарista na equipe multiprofissional.

As disciplinas apresentam poucas ferramentas para organização do processo de trabalho dos sanitарistas, “saber fazer de verdade” (E9). Assim, ao chegar no estágio curricular final o graduando chega ao serviço sem conhecer quais as atribuições do sanitарista nesse âmbito.

[...] falta disso, de uma disciplina, por exemplo, da graduação que trabalha em equipe [...] no primeiro período, conhece a Unidade Básica de Saúde, a gente ainda não conhece muita atenção básica coloca lá sem ter muita experiência. (E1)

[...] na graduação eu não tive acesso a tantas disciplinas que me cativasse para Atenção básica [...] a gente não tem tanta coisa voltada para a atenção básica e acho que principalmente para o NASF, [...] então é um universo de criação, porque fica muito longe do que a gente aprende na graduação, a atuação prática mesmo fica muito distante. (E2)

Com relação aos estágios, os estudantes têm a oportunidade de escolher realizá-lo na atenção básica. Mas, são poucos os estudantes que escolhem esse campo de prática, e além disso, a forma como as atividades práticas são organizadas abarca, principalmente, as ações de gestão desse nível de atenção: [...] a gente fala muito sobre a gestão e não coloca muito a gente na ponta, a gente já foi para a ponta, mas sempre focando na gestão [...] (E4). [...] o foco que a gente entende ou que é repassado, não sei algo a ser problematizado depois, é que a gente vai atuar só na gestão. (E6)

Uma dificuldade também é que a gente não se insere nas atividades de rotina da Unidade Básica de Saúde, a gente tá lá, mas tá em um conhecimento que a gente não tem como contribuir muito. [...] Porque a gente estagia muito na secretaria de Saúde. E aí a gente não sabe o que é que se passa no NASF, como é que desenvolve algo no NASF [...] (E8)

Sem desconsiderar a relevância da experiência na gestão da Atenção Básica, um dos entrevistados apontou a pertinência de integração das atividades de gestão e atenção à saúde:

Como eu passei muito tempo no estágio da atenção básica eu consegui entender a atenção básica, mas a lógica é muito diferente, assim de você atuar como Gestão na atenção básica, ficar no estágio de gestão da atenção básica e depois estar no NASF, no território, é bem diferente. (E6)

2.2.4 Sugestões para fortalecimento da formação do sanitarista para atuação na atenção básica

Com relação às sugestões dadas pelos entrevistados foram abordados temas como: I) criação de disciplinas específicas sobre a atuação do sanitarista na atenção básica; II) estágios curriculares junto às equipes da atenção básica; III) mais projetos de extensão voltados para atenção básica; IV) incentivar a criação de documentos sobre as atribuições do sanitarista nesse nível de atenção; V) registrar as experiências exitosas vivenciadas em campo e; VI) articulação com os serviços de saúde para criação de especializações na área.

[...] sinto essa necessidade de ter uma disciplina realmente, ou experiência, ou um estágio, direcionado à atenção básica [...]. Estágio, da prática, de ter inserido o sanitarista ali ou que não seja por estágio seja por projeto de extensão [...]. (E1)

Na graduação, a gente deveria ter mais disciplinas ou projeto que fosse da inserção do sanitarista na atenção básica e também como, enquanto NASF, a gente ter um projeto voltado [...] (E3)

[...] articulação maior com antecedência, projetando e planejando, com os professores responsáveis por essa disciplina, indo anteriormente e fazer essa discussão com a equipe e escolher alguma equipe que seja aberta e que tenha perfil também de saúde da família [...] (E7)

Diante do exposto, se faz necessária uma maior oferta de atividades práticas desenvolvidas na atenção básica, bem como o fortalecimento da integração entre ensino-serviço. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2005)²⁶ conseguimos encontrar diversos registros sobre o assunto, mas, para que ocorra uma qualificação na formação e para que os mesmos se tornem profissionais capacitados para realidade dos serviços de saúde, deve-se levar em consideração o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão,

atenção e controle social. Desta forma, espera-se que ocorra uma articulação entre, discentes, docentes, gestores, profissionais da saúde e usuários.

Em virtude das fragilidades na graduação, é na residência que os sanitaristas egressos se apropriam e produzem ferramentas para organização do trabalho na Atenção Básica.

[...] eu acho que a residência ela é fundamental nesse sentido, porque ela coloca o profissional ali na atenção básica no NASF, então ele vai estar desenvolvendo, ele tem que desenvolver tem que trabalhar. Então é um universo de criação, porque fica muito longe do que a gente aprende na graduação, a atuação prática mesmo fica muito distante, e eu acho que o residente é que vai mostrar que realmente esse profissional é importante aqui. (E2)

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família têm como fundamento qualificar os residentes quanto à atuação na Estratégia de Saúde da Família, com foco nas diretrizes e princípios preconizados pelo SUS, levar o egresso para esse campo de prática resulta na formação do senso crítico sobre o atual modelo de assistência. A inserção dos sanitaristas nos programas de residência multiprofissional em saúde da família é fundamental para desenvolver as habilidades, vistas durante a graduação, na prática²⁷.

3 CONCLUSÃO

O estudo analisou a percepção dos sanitaristas residentes quanto à formação na graduação em saúde coletiva para atuação na Atenção Básica, indicando fragilidades e potencialidades que perpassam o período de graduação. Os cursos criaram um importante avanço, pois, foi possível inserir no setor saúde, em tempo mais curto com relação à pós-graduação, profissionais sanitaristas que enxergam além do binómio saúde-doença.

Dessa forma, foi possível identificar as principais competências para atuar na atenção básica, vivenciadas pelos residentes, como: conhecimento do território e suas implicações no processo saúde-doença, olhar ampliado com relação aos determinantes da saúde, capacidade de realizar análise de situação de saúde, diagnósticos e planejamentos, utilização de tecnologias leves para um trabalho interprofissional.

Projetos, extensão, pesquisas, estágios e conteúdos desenvolvidos nas disciplinas ofereceram subsídios para atuação destes residentes na atenção básica, porém, houveram insatisfações, pelo fato da ausência de disciplinas com enfoque no tema e os estágios serem direcionados para gestão.

Os resultados desse estudo indicam que é preciso repensar a matriz curricular do curso de graduação em saúde coletiva e inserir mais atividades práticas, através de disciplinas, estágios e projetos de extensão que ampliem o desenvolvimento de competências para esse profissional atuar nas equipes que atuam na atenção básica e não exclusivamente na gestão do setor.

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco e não se identificou na literatura científica trabalhos para verificar se essas fragilidades encontradas são a realidade da Graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas com relação à atuação dos sanitaristas em equipes multiprofissionais na atenção básica. Destaca-se também a necessidade de se investir em pesquisas que possam avaliar a realidade de outros cursos de graduação em saúde coletiva, uma vez que a população deste estudo foi composta por egressos da graduação em saúde coletiva da UFPE.

Espera-se que essa pesquisa colabore não apenas com o aprofundamento do tema estudado, mas, que possa ajudar a provocar e subsidiar o debate sobre a formação de profissionais qualificados para as complexidades e realidades do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Lorena AG, Santos L, Rocha CF, Lima MSS, Pino MR, Akerman M. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*. 2016; 25(2): 369-80.
2. Viana JL, Souza ECF. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(3):1.261- 285.
3. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(4): 2029-038.
4. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1821 de 2021. Dispõe sobre a regulamentação da atividade profissional de sanitarista e dá outras providências. Brasília, 2021.
5. Brasil. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília: Ministério do Trabalho, 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 569 de 8 de dezembro de 2017. Brasília, 2017.
7. Paro CA, Pinheiro R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(2): 1577-588.
8. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus: Actas Saúde Coletiva*. 2013; 7(3): 13-35.
9. Teixeira C. Os princípios do sistema único de saúde. In: Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador – BA, 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N ° 186 de 14 de março de 2014. Altera os Anexos I e II da Portaria n° 24/SAS/MS, de 14 de janeiro de 2014, que redefine as regras para o cadastramento do

- Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília, 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União; 2008.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) (Série A. Normas e Manuais Técnicos); 2014.
 14. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, Albuquerque LC, Gurgel IGD. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. Trabalho, Educação e Saúde. 2018; 16(3): 1135-56.
 15. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena EL. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. Saúde Debate. 2013; 37:672-80.
 16. Brasil. Ministério da educação. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Brasília, 2005.
 17. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. Saúde Soc. 2010; 19(4): 814-27.
 18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
 19. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(3): 621-26.
 20. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, Gracie R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
 21. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2013; 23: 415-37.
 22. Mercer H. Interprofissionalidade e ousadia: sobre “Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação”.

- Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2018; 22(suppl. 2): 1757-759.
23. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. Bioética*. 2014; 22(1): 152-60.
24. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília, 2008.
25. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(67): 1.257-66.
26. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.
27. Casanova I A, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(suppl.1): 1325-37.

Pós-graduação em saúde coletiva: reflexões sobre a formação e inserção no mercado de trabalho

Post-graduation in collective health: reflections on training and insertion in the labor market

Posgrado em salud colectiva: reflexiones sobre la formación e inclusión em el mercado de trabajo

Aline Guio Cavaca⁵³

Ana Silvia Pavani Lemos⁵⁴

Kayrle Patricio das Graças Almeida⁵⁵

Paola Alves dos Santos Moraes⁵⁶

RESUMO

O trabalho objetiva analisar as evidências científicas sobre a formação e inserção do pós-graduado em Saúde Coletiva no mercado de trabalho. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, utilizando-se a estratégia População, Intervenção, Comparação e Desfecho, conhecida como PICO, elaborada em seis etapas: definição da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Scielo; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; Excerpta Medica DataBASE; Pubmed; Medline e Google

⁵³ Email: alineguiocavaca@gmail.com

⁵⁴ Email: anasilviapavani@gmail.com

⁵⁵ Email: kayrlealmeida@gmail.com

⁵⁶ Email: paolaalves16@gmail.com

Acadêmico, referente ao período de 2008 a 2019. Ao final, foram selecionados seis trabalhos que respondiam à questão norteadora. Após a análise crítica dos resultados, a discussão foi apresentada em três categorias analíticas: a) formação do profissional pós-graduado em Saúde Coletiva; b) Inserção dos profissionais no mercado de trabalho; c) contribuição do pós-graduado em Saúde Coletiva para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Revela-se que é necessário formar pesquisadores/trabalhadores aptos a identificar problemas coerentes com as necessidades sociais em saúde e que a compreensão da trajetória dos egressos dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva é um desafio, não somente pela diversidade de projetos pedagógicos, mas também pelas múltiplas formas de inserção no mercado de trabalho.

Palavras-chave: Saúde pública, Saúde Coletiva, Mercado de trabalho, Educação de pós-graduação.

ABSTRACT

The objective of this work is to analyze the scientific evidence on the formation and insertion of postgraduates in Public Health in the job market. Therefore, an integrative literature review was carried out, using the Population, Intervention, Comparison and Outcome strategy, known as PICO, elaborated in six stages: definition of the guiding question; literature search; data collect; critical analysis of included studies; discussion of results and presentation of the integrative review. The search was carried out in the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences; Scielo; Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel; Excerpta Medica DataBASE; Pubmed; Medline and Google Scholar, referring to the period from 2008 to 2019. In the end, six works were selected that answered the guiding question. After the critical analysis of the results, the discussion was presented in three analytical categories: a) training of postgraduate professionals in Public Health; b) Insertion of professionals in the labor market; c) contribution of the postgraduate in Public Health to the strengthening of the Unified Health System. It is revealed that it is necessary to train researchers/workers able to identify problems consistent with social health needs and that understanding the trajectory of graduates of postgraduate courses in Public Health is a challenge, not only due to the diversity of pedagogical projects, but also for the multiple forms of insertion in the labor market.

Keywords: Public health, Colective Health, Job Market, Education, Graduate.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica sobre la formación e inserción de los posgraduados en Salud Pública en el mercado laboral. Para

ello, se realizó una revisión integrativa de la literatura, utilizando la estrategia Población, Intervención, Comparación y Resultado, conocida como PICO, elaborada en seis etapas: definición de la pregunta orientadora; búsqueda de literatura; recolección de datos; análisis crítico de los estudios incluidos; discusión de resultados y presentación de la revisión integradora. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud; Scielo; Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior; Extracto Medica DataBASE; publicado; Medline y Google Scholar, referente al período de 2008 a 2019. Al final se seleccionaron seis trabajos que respondieron a la pregunta guía. Luego del análisis crítico de los resultados, la discusión fue presentada en tres categorías analíticas: a) formación de profesionales de posgrado en Salud Pública; b) Inserción de profesionales en el mercado laboral; c) contribución del posgrado en Salud Pública al fortalecimiento del Sistema Único de Salud. Se revela que es necesaria la formación de investigadores/trabajadores capaces de identificar problemas acordes con las necesidades sociosanitarias y que comprender la trayectoria de los egresados de posgrados en Salud Pública es un desafío, no solo por la diversidad de proyectos pedagógicos, sino también por las múltiples formas de inserción en el mercado laboral.

Palabras claves: Salud pública, Salud colectiva, Mercado de trabajo, Educación de postgrado.

1 INTRODUÇÃO

A construção do termo Saúde Coletiva (SC) surgiu na década de 1970, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)¹. O campo da Saúde Coletiva é considerado de natureza interdisciplinar e tem como matérias básicas a epidemiologia, o planejamento, a administração da saúde e as ciências sociais em saúde². A natureza interdisciplinar tem como forte

característica a troca de experiência entre os especialistas e também a maior confluência entre as disciplinas^{3,4}. No Brasil, a formação em Saúde Coletiva é contemplada tanto em nível de graduação, quanto de pós-graduação.

Paim e Almeida Filho⁵ indicam intervenções mútuas entre o desdobramento de um projeto de campo de conhecimento nomeado Saúde Coletiva e os movimentos pela democratização no Brasil, em particular, o da Reforma Sanitária. Isso ressalta a importância em considerar o contexto

histórico no qual se construiu esse campo.

Acompanhando a evolução histórica dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, verifica-se que é a partir dos anos 1970 que se inicia a instalação dos primeiros cursos, sendo que o termo "Saúde Coletiva" não era usado no início desse período. A idealização de organizar uma área batizada de "Saúde Coletiva" foi discutida em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, e na Reunião Sub-regional de Saúde Pública da Organização Pan-americana Saúde na Assembleia Legislativa de São Paulo (OPAS/ALESP), em Ribeirão Preto⁶.

A recomendação era a criação de uma corporação que congregasse todos os cursos de pós-graduação dessa área. Em setembro de 1979, na I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível superior na área de Saúde Coletiva, em Brasília, realizada pelos ministérios da Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social e pela OPAS, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva⁷ (ABRASCO). Já a graduação em Saúde Coletiva surgiu mais recentemente, em 2008, por meio do programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)⁸. Em 2005, no Brasil, existiam em funcionamento quarenta e dois programas de pós-graduação em Saúde Coletiva na modalidade presencial⁹. Segundo o último levantamento feito pela CAPES, realizado em 2018, existem 93 programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil¹⁰, e, ainda nesse ano, os dois primeiros programas de doutorado profissional foram aprovados.

Segundo Minayo¹¹ o crescimento da pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil, refletiu-se também na maior formação de alunos. Nos anos entre 2013 a 2016 foram concluídas cerca de 4.400 dissertações de mestrado acadêmico ou profissional e 1.200 teses de doutorado. Sobre as características gerais, a pós-graduação mudou de disciplinar para interdisciplinar e multidisciplinar, de uni-institucional para pluri-institucional, de exclusivamente acadêmica para a formação de profissionais especializados e capacitados para atender às demandas do mercado nacional e internacional¹².

De acordo com Bezerra¹³, o sanitarista conforma-se como sujeito agente coletivo para atuar nas realidades sanitárias brasileiras em busca de melhor assistência à saúde da população abrangendo uma formação generalista, capaz de atuar em todos os níveis de complexidade do SUS, na gestão de serviços públicos e privados de saúde.

Sobre a atuação profissional em Saúde Coletiva, observa-se que o campo é amplo e ao mesmo tempo complexo. Deste modo, atualmente muito se tem a reconhecer o trabalho desse profissional, que age para garantir à toda população a disposição de serviços e produtos de saúde, propiciando além de prevenção de doenças e promoção de saúde, qualidade de vida para todos, de forma igualitária. Assim sendo, o objetivo do presente estudo é analisar as evidências científicas sobre a formação e inserção do pós-graduado em Saúde Coletiva no mercado de trabalho.

2 METODOLOGIA

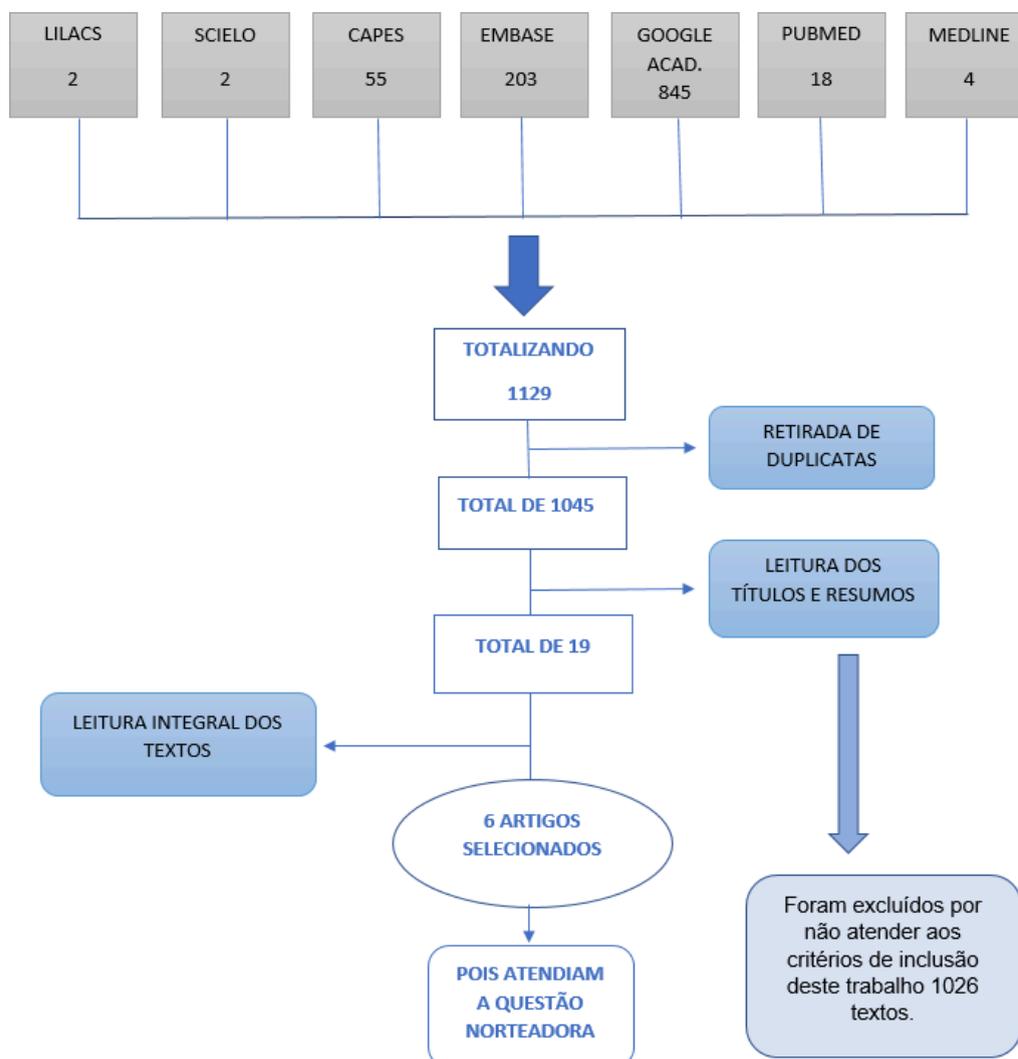
Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), realizada com o objetivo de identificar, analisar criticamente e sintetizar achados científicos referentes à formação e inserção do egresso de pós-graduação em Saúde Coletiva no mercado de trabalho. Para tanto, a Revisão Integrativa seguiu seis passos para sua elaboração: definição da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa^{14, 15, 16, 17, 18}.

A RI foi conduzida a partir da pergunta norteadora: *Como os egressos dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva estão inseridos no mercado de trabalho?* Para a estruturação dessa pergunta, foi utilizada a estratégia *População, Intervenção, Comparação e Outcome* – desfecho, em português (PICO)¹⁹. Considerando que: P = egressos de pós-graduação em Saúde Coletiva/Saúde Pública, I = acesso ao mercado de trabalho após formação, C = grau de empregabilidade, O = incorporação do mercado de trabalho do sanitarista.

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, Scielo, CAPES, EMBASE, Pubmed, Medline e Google Acadêmico, no período de dezembro de 2019 a março de 2020. Utilizou-se os seguintes descritores/palavras-chave, de forma combinada: saúde pública, saúde coletiva, mercado de trabalho e educação de pós-graduação. Foram usados como critérios de inclusão: textos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2008 e 2019, que abordassem a temática do mercado de trabalho brasileiro e que incluíssem os estudos a respeito da pós-graduação em Saúde Coletiva ou saúde pública (especialização, residência, mestrado e doutorado).

A pesquisa retornou 1.129 achados, sendo: 2 textos na base LILACS; 2 textos na base Scielo; 55 textos na base CAPES; 203 textos na base EMBASE; 845 textos na base Google Acadêmico; 18 textos na base de dados PUBMED; e 4 na MEDLINE. Após a leitura dos registros, foram identificadas e retiradas 84 duplicatas, restando assim 1.045 textos. Com a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 1.026 textos por não atenderem aos critérios de inclusão deste trabalho. Para leitura integral dos textos foram selecionados 19 trabalhos, entre artigos e teses. Para fins dessa pesquisa, foram selecionados 6 textos que respondiam à questão norteadora.

Figura 1 - Gráfico do fluxo de processo de seleção das publicações:



Fonte: Elaboração própria.

3 RESULTADOS

Os dados dos estudos analisados foram apresentados no quadro sinóptico abaixo contendo as seguintes informações: título do artigo; autor; periódico e ano de publicação.

Quadro 1 - Título do artigo; autor; periódico; ano de publicação.

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO / ANO
Formação do profissional sanitarista: caminhos e percalços.	GONÇALVES, Juliana.	Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015
Ensino de pós-graduação em Saúde Coletiva: situação atual e desafios para o futuro.	BARATA, Rita e Barradas SANTOS, Ricardo Ventura.	Revista Brasileira de Pós-Graduação. 2013
Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde.	NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; WERNECK, Guilherme Loureiro; CESSE, Eduarda Angela Pessoa; GOLDBAUM, Moises e MINAYO, Maria Cecília de Souza.	Ciência e Saúde Coletiva. 2018
Retrato quase sem retoques dos egressos dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1998-2007.	GOMES, Mara de Helena Andréa e GOLDENBERG, Paulete.	Ciência e Saúde Coletiva. 2010
Saúde Coletiva: O olhar do egresso sobre a formação.	OLIVEIRA, Maria de Lourdes Silva; SILVA, Fabiane do Carmo Santos; BRITO, Kleidy de Jesus e SANTO, Eniel do Espírito.	Revista Saúde e Desenvolvimento. 2015
Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências.	MINAYO, Maria Cecília de Souza.	Ciência e Saúde Coletiva 2010

Fonte: Elaboração própria.

4 DISCUSSÃO

A análise crítica dos resultados foi discutida a partir de três categorias temáticas: *Formação do profissional pós-graduado em Saúde Coletiva*; *Inserção do profissional no mercado de trabalho*; e *Contribuições do pós-graduado em SC para o fortalecimento do SUS*.

4.1 Formação do profissional pós-graduado em Saúde Coletiva

Para entender a formação do profissional sanitarista é necessário compreender também a história da formação em saúde no Brasil. Para Campos²⁰ o sanitarista é o resultado de interesses do Estado, tendo esse profissional dois caminhos a seguir na sua atuação profissional: o primeiro é reproduzir os interesses da classe dominante e o segundo é representar os interesses dos trabalhadores.

Alguns elementos que são apontados no estudo de Gonçalves²¹ podem contribuir para a formação do sanitarista. São destacados: capacidade técnica; pensamentos sociais em saúde; implicação do discente com a SC e atuação no território. Tais elementos são balizadores capazes de orientar as diretrizes de formação do sanitarista, colaborar na revisão dos currículos, auxiliar a traçar o perfil do egresso e conduzir sua prática profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (DCNs da Saúde Coletiva)²², que hoje é um documento usado pelas instituições de pós-graduação para auxiliar na revisão curricular, dizem que o sanitarista é um profissional com habilidades capazes de trabalhar de forma multiprofissional, integrada e interdisciplinar. Essas expertises farão com que sua atuação esteja alinhada com o processo de saúde-doença do indivíduo e da comunidade na qual está inserido, como também o perfil epidemiológico, profissional, socioeconômico e cultural. As DCNs da Saúde Coletiva corroboram para os elementos apontados o por Gonçalves²¹ como “orientadores da formação em SC” (p.63-64).

Nesse cenário, vale destacar outros elementos, tais como a formação *stricto sensu*, a formação *lato sensu* e a graduação em Saúde Coletiva. A formação *stricto sensu* é vista como complementar à carreira de sanitário, formando profissionais com interesse na docência e pesquisa. A *lato sensu* é vista como um aperfeiçoamento da graduação, oportunidade para discussão da formação sanitária. Já a graduação em SC divide opiniões: de um lado é defendida, pois acredita-se na sua importância para um debate aprofundado sobre a Saúde Coletiva, por outro lado, os que não a defendem argumentam que ela estreita a discussão sobre mercado de trabalho^{21, 22, 23}.

É importante reiterar que os graduados em SC também têm enfrentado dificuldades para inserção no mercado de trabalho. Tais dificuldades estão relacionadas não só com a remuneração, mas também com o reconhecimento da profissão, a interferência política e a identidade profissional. Para os autores Viana e Souza (2018^a)²⁴ e Barata (2013)²⁵ a motivação para inserção na graduação em SC é constituída pela vontade de trabalhar no campo da saúde e de poder contribuir para o SUS, como também pela curiosidade; ou é apenas a segunda opção no vestibular.

Apesar das motivações serem diferentes entre os pós-graduados e os graduados, podemos perceber que ambos contam com a ajuda de seus professores na luta por esse espaço no mercado de trabalho, como também com o reconhecimento da necessidade desse profissional para a saúde da coletividade e o fortalecimento do SUS²⁵.

Entretanto, Rita Barata²⁶ sinaliza que, para além de adquirir as expertises já mencionadas, o pós-graduado em Saúde Coletiva irá enfrentar dois grandes dilemas: os que estão relacionados aos saberes e práticas no campo; e os que estão relacionados à pós-graduação propriamente dita. O sanitário terá que superar as desigualdades regionais, encarar a expansão da pós-graduação para além das instituições acadêmicas, mostrar à população sua importância para o funcionamento do sistema de saúde e, para a comunidade internacional, sua excelência na produção de conhecimento. Esse profissional

também age como um protetor do direito à saúde como direito humano fundamental²⁴.

Novaes et al.²⁷, em seu artigo, discursa sobre o impacto social que os Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva geram, e considera que este seja o maior objetivo a ser alcançado. Entretanto, os autores sinalizam que a maior parte da bibliografia científica sobre o tema está focada nos produtos imediatos - a formação de alunos - e não no conhecimento produzido por esses programas. Argumentam, ainda, que a produção de ferramentas capazes de traduzir esse conhecimento é um processo complexo e que não se mostra factível estudar o impacto da Saúde Coletiva como um todo^{27, 28}.

Para que os processos formativos gerem o impacto desejado nos serviços de saúde e nos territórios é fundamental que sejam adotadas metodologias pedagógicas que integrem teoria e prática, aproximando as discussões com as questões do trabalho cotidiano dos profissionais da saúde^{27,28}.

Scherer e colaboradores²⁹ afirmam que as competências adquiridas no processo formativo podem promover aquisição de conhecimento que impulsiona sua forma de atuar. Essas mudanças no modo de agir podem se expressar de quatro formas: ações mais humanizadas, com valorização da comunidade e percepção da necessidade de construção de vínculo com os usuários; desenvolvimento de escuta qualificada e participação da comunidade; valorização do trabalho em equipe e novas formas de aproximação do serviço com a comunidade.

Destaca-se que é necessário formar pesquisadores/trabalhadores aptos a identificar problemas coerentes com as necessidades sociais em saúde e que sejam capazes de interagir com pesquisadores/profissionais de outros campos. Todos os estudos concordam que existe a necessidade do setor formativo se reposicionar quanto à formação acadêmica e quanto à formação profissional, para que exista estreitamento entre a teoria e a prática^{21, 25, 26}.

4.2 Inserção do profissional no mercado de trabalho

Nos últimos anos, a empregabilidade vem passando por constantes transformações, a partir das quais as profissões vêm ganhando novos traços e os profissionais enfrentando novos desafios, assim como aponta Silva³⁰. O autor ainda ressalta que a inserção no mercado de trabalho é um aspecto muito importante na construção das identidades profissionais, assumindo diferentes significados de acordo com a origem social dos sujeitos e suas expectativas com relação ao futuro.

O campo da SC é caracterizado pela grande diversidade no que diz respeito à qualificação e formação, conforme afirma Oliveira³¹. Dessa maneira, envolve os profissionais com especializações *lato sensu*, residência profissional, mestrados acadêmicos e profissionais, doutorados e, atualmente, os graduados em Saúde Coletiva, bem como diversas profissões da área da saúde e em outras categorias profissionais. Essa reestruturação mostra a definição de uma identidade particular de seus membros e uma possível profissionalização, tornando-se uma área dinâmica, composta por distintas trajetórias e múltiplas interfaces com outros grupos profissionais, configurando-se em uma equipe multiprofissional, sem que nenhuma delas se aproprie de sua identidade principal. Assim, o que dá essência à ação dos sanitaristas é a soma compartilhada de conhecimentos específicos em prol de resultados inovadores no campo da saúde, direcionados à saúde da população³⁰.

Dito isso, Silva³⁰ ressalva que as transformações pelas quais vem passando o mundo do trabalho, com altas taxas de desemprego, exclusão de jovens do mercado de trabalho, transformação dos processos de trabalho, exigências de novas qualificações, incertezas, mudança no conteúdo do trabalho etc., são contratemplos encontrados pelos egressos pós-graduados em saúde coletiva.

A partir dos achados da revisão, pode-se sistematizar alguns campos nos quais os egressos de pós-graduação podem atuar, contemplando setores das esferas federal, estadual e municipal. Dos setores públicos, privados ou

terceirizados: ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, assistência, gestão em saúde, gestão acadêmica e de consultoria fazem parte da alçada dos egressos. Ainda neste contexto, Lorena³² afirma que a mesma pessoa pode realizar ou coordenar uma pesquisa, atuar na formulação de políticas públicas junto com técnicos governamentais, produzir documentos técnicos, entre outras funções.

É fundamental evidenciar que a pós-graduação é um meio de formação de pessoas altamente qualificadas para os postos importantes nas três esferas de governo, constituindo efetivamente uma modalidade de qualificação avançada e mais específica. Porém, a maioria dos estudos concordam que é difícil caracterizar o campo de trabalho e a atuação específica do sanitarista, percebida como complexa, já que os profissionais exercem funções oriundas de suas graduações principais, e assim a área de trabalho envolve profissionais com diversas formações. Em relação ao tipo de vínculo dos sanitaristas, os estudos elencam as seguintes opções: a) servidor público; b) trabalhador CLT; c) bolsistas; d) profissional liberal; e) consultor; e f) empregador.

Tendo em vista estas questões relacionadas à inserção no mercado de trabalho, depreende-se que contratar um profissional é mais do que preencher uma cadeira. É preciso entender, por exemplo, se o cenário pede uma contratação permanente ou temporária, quais são as atribuições do cargo e as necessidades quanto ao perfil do profissional. Nesse sentido, a compreensão da trajetória dos egressos é um desafio, não somente pela diversidade de projetos pedagógicos, mas também pelas múltiplas formas de inserção no mercado de trabalho.

4.3 Contribuições do pós-graduado em Saúde Coletiva para o fortalecimento do SUS

A pós-graduação em Saúde Coletiva forma novos sujeitos, individuais e coletivos, transformadores e comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira e com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir

de um corpo de conhecimentos e práticas que podem ser assimilados desde a graduação^{32, 33}.

Nessa perspectiva, o presente estudo aponta que a formação em Saúde Coletiva conduz para uma atuação com qualidade na saúde pública, por ter foco nas políticas de saúde do SUS, estar apto a ser agente coletivo, ter visão ampla e interdisciplinar para atuar nas realidades sanitárias da população brasileira e melhorar a gestão do SUS.

A Saúde Coletiva pretende superar as práticas e identidades profissionais tradicionais da Saúde Pública, apontando com mais clareza para uma formação interdisciplinar, com ênfase nas noções de direito à saúde, cidadania e emancipação dos sujeitos, sendo o egresso desse curso um profissional com formação generalista, humanista crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva e fundamentado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, do Planejamento, da Gestão e Avaliação em saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde³⁴.

Com formação generalista, o sanitarista tem capacidade de atuar em todos os níveis de complexidade, especialmente no âmbito do SUS. Argumentou-se no estudo de Gomes³² a possibilidade de inserção do sanitarista na esfera político-gerencial e na esfera técnica-assistencial, na medida em que os profissionais de Saúde Coletiva podem se responsabilizar pelas práticas de definição de políticas, planejamento, programação, coordenação, controle e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como colaborar para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, além de atuar em outras ações estratégicas para a consolidação do processo de mudança do modelo de atenção.

Diante do exposto, assim como também afirma Oliveira³¹, não há dúvidas de que o processo de implementação do SUS, do ponto de vista da relevância social, resulta em uma demanda cada vez maior de profissionais de

Saúde Coletiva por parte das organizações de saúde, embora as instituições formadoras, até o momento, tenham dificuldades em constituir sujeitos que atendam as demandas deste complexo campo e que sejam suficientes para esta nova realidade.

Desde seu nascimento na Reforma Sanitária, a Saúde Coletiva é um projeto de luta por uma saúde democrática, resolutiva e equânime. É de fundamental importância formar um profissional engajado com este projeto para que seja possível garantir à sociedade que suas necessidades de saúde sejam respondidas²².

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a formação e inserção no mercado de trabalho do profissional pós-graduado em SC é possível notar que, após a criação da graduação, tem-se debatido o papel desse profissional e o lugar que cada um ocupa no trabalho de qualificação dos espaços de saúde. Porém, ainda é fundamental criar espaços de discussão sobre a profissão, as atribuições e as expectativas que o mercado de trabalho tem sobre a atuação do graduado e do pós-graduado.

O especialista em Saúde Coletiva adquire expertises que são muito importantes para a saúde pública brasileira, como capacidade técnica, pensamentos sociais em saúde, atuação no território, dentre outros. A atuação deste profissional possibilita aos serviços de saúde uma abordagem mais dinâmica, voltada para as reais necessidades da comunidade onde está inserido. Entretanto, a forma com que esses profissionais estão inseridos no mercado de trabalho ainda carece de debate político para que sejam minimamente respeitados os direitos trabalhistas, como também para que as formas de ingresso nos espaços destinados à atuação deste profissional sejam mais coesas.

A leitura da bibliografia de referência também possibilitou uma reflexão mais direcionada sobre o quanto se tem debatido a inserção do

sanitarista pós-graduado no mercado de trabalho. De fato, poucas publicações foram encontradas nas bases de dados que faziam referência a pós-graduação e o mercado de trabalho, tendo isso em vista, é importante destacar que existe uma carência de dados sobre o assunto. A inexistência desses dados pode não refletir a realidade na qual este profissional está inserido.

Sabe-se que o sanitarista tem papel significativo para a qualificação dos espaços e serviços de saúde. Contudo, ainda faltam a este profissional valorização institucional e social, além de autonomia no trabalho, pois é um importante aliado para o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Arouca S. O dilema preventista: contribuições e crítica da medicina preventina. São Paulo: UNESP, 2003.
2. Paim JS. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. et al. Salvador, Casa da Qualidade, 2000.
3. Velloso MP, Guimarães MBL, Cruz CRR, Neves TCC. Interdisciplinariedade e formação na área de Saúde Coletiva. *Trab. educ. saúde.* 2016; 14(1):257-271.
4. Galindo MB, Goldenberg P. Interdisciplinaridade na Graduação em Enfermagem: um processo em construção. *Rev. bras. enferm.* 2008;61(1):18-23.
5. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova" saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública.* 1998; 32(4):299-316.
6. Cirani, Claudia Brito Silva; Campanario, Milton de Abreu; Silva, Heloisa Helena Marques da. A evolução do ensino da pós-graduação senso estrito no Brasil: análise exploratória e proposições para pesquisa. *Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 20, n. 1, p. 163-187, mar. 2015.*
<https://www.scielo.br/j/aval/a/8CnjZmYsCs7xkrWKn7vj9Nd/>
7. Nunes ED, Ferreto LE, Barros N F . A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. *Ciênc. saúde coletiva [Internet].* 2010 July [cited

- 2020 May 22]; 15(4): 1923-1934. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400008&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400008>.
8. Bosi, Maria Lúcia Magalhães; Paim, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2029-2038, 2010.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/VnKCjyvTjD5xdWsyHzBZc3b/>
 9. Hortale V, Moreira C, Bodstein R, Ramo C. *Pesquisa em Saúde Coletiva: Fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro, RJ. Editora FIOCRUZ, 2010.
 10. CAPES (2005). *Parâmetros para avaliação de mestrado profissional*. RBPG. 2005.
 11. Minayo MCS. O poder de fazer história divulgando ciência. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2020/Jul). [Citado em 08/10/2020]. Está disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/o-poder-de-fazer-historia-divulgando-ciencia/17684?id=17684>
 12. Ferreira MDM, Moreira RDL. *CAPES, 50 anos: depoimentos ao CPDOC/FGV*. Brasília: CAPES; 2002.
 13. Bezerra APS et al. Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2013; 7(3): 57-62.
 14. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2007 June [cited 2020 Jan 24]; 15(3): 508-511. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
 15. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(3):549-56
 16. Soeiro RL, Valente GSC, Cortez EA, Mesquita LM, Xavier SCM, Lobo BMIS. (2019). Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1, Suppl. 1), 681-691. Epub January 13 2020.
<https://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190005>.

17. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 Dez [citado 2020 Jan 19]; 17(4): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
18. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Jan 19]; 26(1): 87-111. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>.
19. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. Rev Esc Enferm USP. 2003 Dez; 37(4):43-50. Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. Arch Dis Child 2005 August;90(8):837-40.
20. Campos Gastão Wagner Souza. A Saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991. 175p.
21. Gonçalves, Juliana. Formação do profissional sanitário: caminhos e percalços. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
22. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de educação/Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Versão para Homologação, 2017.
23. Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis [Internet]. 2005 June [cited 2020 May 22]; 15(1): 13-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000100002>.
24. Viana JL, Souza ECF. Os novos sanitários no mundo do trabalho: Um estudo com graduados em Saúde Coletiva. Trabalho, Educação e Saúde, 16(3), 1261-1285. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00146>
25. Barata RB, Santos RV. Ensino de pós-graduação em Saúde Coletiva: situação atual e desafios para o futuro. RBPG [Internet]. 30º de março de 2013 [citado 23º de maio de 2020];10(19). Disponível em:

<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/367>

26. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 Aug [cited 2020 May 22]; 25(8): 1839-1849. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>.
27. Novaes HMD, Werneck GL, Cesse EAP, Goldbaum M, Minayo MCS. Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 June [cited 2020 Apr 17]; 23(6): 2017-2025.
28. Silva VO, Pinto ICM. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 May 09]; 22(65): 539-550. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200539&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0825>.
29. Scherer MDA, Oliveira CI, Carvalho WMES, Costa MP. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação?. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 May 09]; 20(58): 691-702. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300691&lng=en
30. Silva VO, Pinto ICM. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 Sep [cited 2020 May 22]; 17(46): 549-560. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000300005>.
31. Oliveira ML, Silva F, Brito K, Santos E. Saúde Coletiva: O olhar do egresso sobre a formação. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2015;7(4).
32. Lorena AG, Santos L, Rocha CF, Lima MSS, Pino MR, Akerman M. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?. Saude soc. [Internet]. 2016 June [cited 2020 May 22]; 25(2): 369-380. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200369&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158123>.
33. Gomes MHA, Goldenberg P. Retrato quase sem retoques dos egressos dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1998-2007. Ciênc. saúde

coletiva [Internet]. 2010 July [cited 2020 May 22]; 15(4): 1989-2005.

Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400014&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400014>.

34. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7:13-3

**Saúde ocupacional na atenção primária à saúde:
percepções, conhecimentos e atitudes**

*Occupational health in primary health care:
perceptions, knowledge and attitudes*

*La salud ocupacional en la atención primaria de salud:
percepciones, conocimientos y actitudes*

Rodrigo Batista Siqueira⁵⁷

Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta⁵⁸

Valter Gomes⁵⁹

RESUMO

O cuidado à saúde do trabalhador é uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual tem por diretriz o desenvolvimento de ações no campo saúde-trabalho. Este estudo tem por objetivo descrever e analisar as percepções e as ações desenvolvidas no âmbito da APS voltadas à saúde ocupacional. Utilizou-se o método revisão integrativa de literatura, a partir das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo). Para descrição e análise foram selecionadas dezenove publicações considerando as seguintes categorias: (1) Saúde ocupacional dos profissionais da saúde que trabalham na APS, (2) Saúde dos trabalhadores e (3) APS, conhecimentos e ações voltadas à saúde do trabalhador na APS. Os resultados revelaram que os profissionais de saúde estão expostos a riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos, psicológicos e de acidentes, resultado do exercício do seu trabalho. Observou-se também que os trabalhadores buscam

⁵⁷Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. Escola de Medicina. Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga. E-mail: rsiqueirabatista@yahoo.com.br

⁵⁸Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. Escola de Medicina. Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga. E-mail: oswaldo.motta@ufv.br

⁵⁹Divisão de Saúde Ocupacional. Universidade Federal Viçosa. E-mail: valtervieira@ufv.br

atendimento na APS como porta de entrada para o cuidado de sua saúde. Conclui-se que falta articulação, conhecimentos, atitudes, planejamento e ações que visam as relações trabalho-saúde-doença. Há necessidade de capacitação e qualificação dos profissionais e gestores da saúde, no que tange à saúde ocupacional.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde ocupacional. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Workers' health is one of the attributions of the Unified Health System (SUS), Primary Health Care (PHC) and the Family Health Strategy (ESF) whose guideline is to develop actions in the occupational health field. This study aims to describe and analyze the perceptions and actions developed within the scope of PHC aimed at occupational health. The integrative literature review method was used in the Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) database. For description and analysis, nineteen publications were selected and the following categories were selected: occupational health of health professionals working in Primary Care, Workers' health and PHC, knowledge and actions aimed at occupational health in PHC. The results revealed that professionals working in health are exposed to biological, physical, chemical, ergonomic, psychological and accident risks as a result of the exercise of their work. It was also observed that workers seek care in PHC as a gateway to care for their health. It is concluded that there is a lack of articulation, knowledge, attitudes, planning and actions aimed at work-health-disease relationships. It was observed that there is a need for training and qualification for health professionals and managers with regard to occupational health.

Keywords: Primary Health Care. Occupational health. Worker's health.

RESUMEN

El cuidado a la salud del trabajador es una de las atribuciones del Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente en el ámbito de la Atención Primária à Saúde (APS), a cuál tiene por directriz el desenvolvimiento de acciones en el campo salud-trabajo. Este estudio tiene por objetivo describir y analizar las percepciones y acciones desenvueltas en el ámbito de la APS direccionadas a la salud ocupacional. Se ha utilizado el método revisión integrativa de literatura, desde las bases de datos de la Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) y de la Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para la descripción y el análisis se han seleccionado diecinueve publicaciones levando en cuenta las siguientes categorías: (1) Salud ocupacional de los profesionales de la salud que trabajan en la APS, (2) Salud de los trabajadores y (3) APS, conocimientos y acciones

direccionadas a salud del trabajador en la APS. Los resultados revelaron que los profesionales de salud están expuestos a riesgos biológicos, físicos, químicos, ergonómicos, psicológicos y de accidentes, resultado del ejercicio de su trabajo. Se observó también que los trabajadores buscan atendimento en la APS como puerta de entrada para el cuidado de su salud. Se concluye que falta articulación, conocimiento, actitudes, planeamiento y acciones destinadas a las relaciones trabajo-salud-enfermedad. Es necesario capacitar y cualificar los profesionales y gestores de salud, en lo que respecta a la salud ocupacional.

Descriptor: Atención Primaria de Salud Salud ocupacional. Salud del trabajador.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) — norteado pelos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular – tem caráter universal de acesso, com a oferta de atenção completamente gratuita aos residentes no país (BRASIL, 1988). Após três décadas, o sistema mantém inequívoca relevância para a sociedade brasileira, ainda que um profundo debate dirigido aos seus entraves – tendo em vista o seu aprimoramento – seja necessário, tendo em vista as características da população, da cultura, das desigualdades regionais próprio de um país que possui um território de dimensões continentais. O SUS foi constituído pelas diretrizes e princípios da Constituição Federal de 1988, sendo implementado por meio da Lei 8080, de 1990 (BRASIL, 1990). Foi incorporada, ao texto constitucional, uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o sistema reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais (SANTOS, 2018; VIACAVA *et al.*, 2018).

A reorganização do sistema de saúde no Brasil na década de 1990, com a recomposição da Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada “Atenção Básica”, considerada a principal porta de entrada dos indivíduos e de suas famílias no sistema de saúde. Os primeiros movimentos desta iniciativa

remontam a junho de 1991, momento no qual houve a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, com grandes investimentos na educação em saúde (CNS, 1996). Em 1994, houve o advento do Programa da Saúde da Família (PSF), o qual se tornou Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1997, a qual se caracterizou como a base da reformulação do modelo assistencial e de cuidado à saúde na APS (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). A APS tem a finalidade de coordenar as ações de cuidado, desempenhando promoção, prevenção e estímulo à participação da população, a orientação comunitária das ações de saúde, da competência sociocultural, ampliando a autonomia e a capacidade de prover melhores condições de saúde das pessoas e da coletividade (MS, 2012).

Na esfera de atuação do SUS, merecem destaque as ações de Saúde do Trabalhador (ST), parte das atribuições da rede do SUS na promoção e na proteção das pessoas inseridas em atividade laboral, por meio de ações de vigilância dos riscos existentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde e da organização e prestação da assistência aos trabalhadores e na redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, de acordo com o Art. 2º, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, MS, 2012 (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). Essas ações vêm sendo desenvolvidas e aprimoradas por meio da Portaria nº 3.908, de 1998 (Norma Operacional em Saúde do Trabalhador do SUS), Portaria nº 1.679, de 2002 (ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS), Portaria nº 1823 de 2012 (institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2002; BRASIL, 2012).

A Política de Atenção à Saúde do Trabalhador, no campo da saúde coletiva, é uma área de conhecimento permeado por diversas disciplinas técnicas, sociais, políticas e humanas, multiprofissionais e interinstitucionais que buscam estudar o processo saúde e doença em sua relação com o trabalho

(MINAYO-GOMEZ, 2011). Na vigilância em saúde do trabalhador, essas diversas práticas e saberes só se constituem interdisciplinares quando estão articuladas e não apenas se justapondo entre si (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

Diante disso, propõe-se a seguinte questão: Quais as ações desenvolvidas na APS são relevantes em termos do cuidado à saúde do trabalhador? Com efeito, o objetivo deste estudo diz respeito à *descrição e à análise das percepções e das ações desenvolvidas no âmbito da APS voltadas à saúde ocupacional*. Mais especificamente, elabora-se um panorama – por meio da revisão integrativa de literatura – dos estudos realizados na interseção dessas dimensões do SUS.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, cuja finalidade é sintetizar resultados obtidos de pesquisas sobre a APS e a Saúde Ocupacional, de maneira ordenada e abrangente, com o intuito de contribuir para a expansão do conhecimento relativo ao tema investigado. Este método permite a combinação de dados de literatura, oriundos de investigações teóricas e empíricas, capazes de proporcionar uma compreensão mais completa do tema de interesse (SOARES *et al.*, 2014).

Por sua vez, para a construção da revisão integrativa – de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010) – é necessário seguir seis etapas: (1) identificação do tema ou questão da pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, ou busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Na primeira Etapa, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS – site: <https://decs.bvsalud.org/>) combinados em estratégias de busca:

(1) “Atenção Básica” e “Saúde Ocupacional” e (2) “Atenção Básica” e “Saúde do Trabalhador “ na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – <https://bvsms.saude.gov.br/>), que contempla as principais bases de dados de revistas e periódicos na área de saúde no âmbito nacional e internacional, e nos periódicos da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO – www.scielo.org) envolvendo a produção acadêmica dos últimos cinco anos, obtendo-se 198 publicações. Na Etapa 2, realizou-se a seleção da amostra, sendo o critério de inclusão as publicações com texto completo disponível e que os estudos tenham sido realizados no Brasil. Na Etapa 3, foram analisadas as informações dos textos. A seguir – Etapas 4 e 5 – procedeu-se à seleção, resultando em 19 estudos, de três categorias. Os dados obtidos na Etapa 6 serão apresentados a seguir.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

As informações coligidas a partir dos artigos selecionados foram organizados em três categorias – (I) Saúde ocupacional dos profissionais da saúde da APS, (II) Saúde do trabalhador e APS e (III) Conhecimentos e ações voltadas à saúde do trabalhador na APS – as quais serão expostas na sequência.

3.1 Saúde ocupacional dos profissionais da saúde da APS

Os resultados da pesquisa concernentes à Categoria 1 estão sumarizados no Quadro 1. A maioria das investigações são referentes ao trabalho dos enfermeiros (ARCANJO *et al.*, 2018; FONSECA *et al.*, 2020; DIAS *et al.*, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2021); outros estudos referem-se aos agentes comunitários (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; REZENDE *et al.*, 2021), equipes que atuam no consultório de rua e de odontologia (LIMA *et al.*, 2019; SANCHES *et al.*, 2016) e profissionais da saúde (MELLO *et al.*, 2020).

Arcanjo e colaboradores (2018) investigaram os riscos ocupacionais aos quais dez profissionais de enfermagem estão expostos em duas unidades de

APS no município de Niterói - RJ e correlacionaram com as condições de segurança da estrutura. Houve prevalência de riscos biológicos (100%), químicos (87,5%) e de violência (62,5%). Já Fonseca e colaboradores (2020) analisaram os riscos ocupacionais de 171 enfermeiros nas salas de vacinação de unidade de APS no município do Rio de Janeiro e suas implicações à saúde, por meio de dados sociodemográficos, laborais e riscos ocupacionais. Os resultados revelaram que no adoecimento à exposição ocupacional houve prevalência dos riscos físicos e ergonômicos. Por sua vez, a exposição ao risco mecânico levou os pesquisados aos danos físicos e psicológicos e o risco químico foi associado ao adoecimento físico (Quadro 1).

Quadro 1 – Estudos envolvendo saúde ocupacional dos profissionais da saúde

Nº	Autor(es)	Título	Categoria de profissionais
1	Almeida, Baptista e Silva (2016)	Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde	Agentes comunitários
2	Sanches <i>et al.</i> (2016)	Concepções da equipe de odontologia da atenção primária à saúde sobre precauções padrão	Equipe de odontologia
3	Arcanjo <i>et al.</i> (2018)	Gerenciamento dos riscos ocupacionais da enfermagem na atenção básica: estudo exploratório descritivo	Enfermeiros
4	Lima <i>et al.</i> (2019)	Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo	Equipe Consultório de rua
5	Fonseca <i>et al.</i> (2020)	Riscos ocupacionais na sala de vacinação e suas implicações à saúde do trabalhador de enfermagem	Enfermeiros
6	Dias <i>et al.</i> (2020)	Riscos ergonômicos do ambiente de trabalho do enfermeiro na atenção básica e no pronto atendimento	Enfermeiros
7	Mello <i>et al.</i> (2020)	Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil	Profissionais da saúde

8	Rezende <i>et al.</i> (2021)	A vulnerabilidade de agentes comunitários de saúde frente ao risco biológico	Agentes comunitários
9	Medeiros <i>et al.</i> (2021)	Danos ocupacionais de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde	Enfermeiros

Fonte: Dados da pesquisa.

Dias e colaboradores (2020) analisaram os riscos ocupacionais de seis enfermeiros que trabalhavam na APS do município de Mato Verde - MG. Por meio de entrevista semiestruturada constatou-se que estes profissionais negligenciam os riscos ergonômicos no ambiente de trabalho resultando em danos físicos, como a dor lombar, e psíquicos como a insônia. Medeiros colaboradores (2021) analisaram a prevalência dos danos ocupacionais em 116 enfermeiros da APS atuantes na ESF no município do Rio de Janeiro. Esses autores evidenciaram prevalência de riscos críticos com danos físicos (70,7%) associados a alterações de sono ou de apetite, distúrbios circulatórios, dores no corpo (cabeça, braço, costas, pernas), seguidos de risco suportável com danos sociais (21,6%) e psicológicos (21,6%) (Quadro 1). Esses estudos apontam que os enfermeiros da APS estão expostos a riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicológicos, sendo resultado da prática cotidiana de seu trabalho. Dessa situação decorre a necessidade de intervenção de caráter educacional e preventivo para evitar danos à saúde desses profissionais.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também estão expostos a vários riscos ocupacionais (Quadro 1). Almeida, Baptista e Silva (2016) analisaram os acidentes de trabalhos ocorridos com 137 ACS do município de Caraguatatuba – SP. Constatou-se que 43,07% sofreram acidentes de trabalho envolvendo acidentes de transporte, mordedura de cães e quedas. Destes, apenas 38,75% fizeram a notificação por meio da Comunicação de Acidentes de trabalho e 20% foram afastados das atividades laborais. Ainda conforme descrito no Quadro 1, Rezende e colaboradores (2021) investigaram a vulnerabilidade de 80 ACS frente ao risco biológico no município de Goiânia – GO. Os resultados revelaram que 28,8% confirmaram a sua exposição ao risco

biológico, e destes 43,5% citaram mais de um evento potencialmente perigoso, por meio de saliva em pele íntegra ou em mucosa. Também constatou-se que menos da metade dos ACS participou de capacitações abordando risco biológico e biossegurança. Esses resultados alertam para a importância da promoção de medidas preventivas e interventivas no exercício do trabalho do ACS.

Lima e colaboradores (2019) analisaram os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho de seis equipes que atuam no Consultório de Rua em um estado do Nordeste com a participação de 14 profissionais. O ambiente de trabalho foi descrito como de tensões, dificuldades e vulnerabilidades. Foram detectados riscos ocupacionais ocasionados por fatores físicos, biológicos, químicos, de acidentes e psicossociais. O resultado da pesquisa constatou a necessidade de inclusão de novos equipamentos de proteção individual para disponibilização aos trabalhadores. Sanches e colaboradores (2016) investigaram as precauções e os obstáculos de 74 pessoas da equipe de odontologia da APS, sendo 39 cirurgiões-dentistas e 35 auxiliares e técnicos de saúde bucal de um município paulista quanto à saúde ocupacional. Utilizaram as Escalas de Fatores Psicossociais e Organizacionais que Influenciam a Adesão às Precauções-Padrão (PP). Foram identificadas fragilidades diante dos riscos ocupacionais. Os participantes alegam excesso de trabalho e falta de tempo como obstáculos (Quadro 1).

Mello e colaboradores (2020) analisaram o adoecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Campo Grande – MS, no período de 2015 a 2016. Utilizando o banco de dados e o inventário constataram que dentre os trabalhadores licenciados há mais de 30 dias (n=114), 39 responderam às Escalas do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento. As licenças estão relacionadas com transtornos mentais e comportamentais (337, 53%), doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (171, 27%).

As escalas com indicadores de sofrimento no trabalho e danos relacionados ao trabalho apresentou risco grave; as escalas de avaliação do contexto de trabalho e custo humano do trabalho, risco crítico. Somente foram satisfatórias as escalas atinentes ao prazer no trabalho e realização profissional. De maneira geral, os estudos corroboram com Nascimento (2015) que afirma que o adoecimento dos profissionais em saúde é um fenômeno complexo e multicausal, que inclui fatores fisiológicos, psicossociais, econômicos e referentes ao ambiente de trabalho, o que afeta a qualidade de vida do trabalhador e da sua família, além de custos diretos e indiretos para as organizações e sociedade em geral (Quadro 1).

3.2 Saúde do trabalhador e APS

Os estudos referentes à segunda categoria estão sintetizados no Quadro 2, com destaque para determinados grupos de trabalhadores: fumicultores (SANTOS *et al.*, 2017); trabalhadores rurais (SILVÉRIO *et al.*, 2020); trabalhadores terceirizados (SILVA *et al.*, 2020); e trabalhadores em geral (ANDRADE, 2019).

Santos e colaboradores (2020) procuraram identificar o perfil dos registros clínicos de fumicultores. Os autores analisaram 149 prontuários de fumicultores que frequentaram a Unidade Básica de Saúde de comunidades rurais do município de Arapiraca – AL, no período de 2008 a 2013, a fim de estabelecer onexo causal com o trabalho. Identificou-se que 66% dos usuários eram do sexo feminino com idade média de 58,6 anos. As queixas clínicas mais expressivas registradas nos prontuários estavam relacionadas à cefaleia (16,71%), seguida por dor lombar (10,20%), disúria ou outros problemas urinários (8,90%) e epigastralgia (8,30%). Quanto aos diagnósticos médicos, destacaram-se gastrite/epigastralgia (15,1%), depressão (7,1%), ansiedade (7,1%), mialgia (7,1%) e artrite/artralgia (5,3%). Ademais, apenas um prontuário foi correlacionado a queixa clínica com o trabalho desenvolvido pelos fumicultores.

Quadro 2 – Estudos envolvendo saúde ocupacional de trabalhadores e Atenção Primária de Saúde

Nº	Autor(es)	Título	Categoria de profissionais
1	Santos <i>et al.</i> (2017)	Perfil dos registros clínicos em prontuários de fumicultores em Alagoas	Fumicultores
2	Andrade (2019)	Atenção Primária à Saúde: tecendo a rede de cuidado do usuário-trabalhador no território	Trabalhadores em geral
3	Silvério <i>et al.</i> (2020)	Assessment of Primary Health Care for rural workers exposed to pesticides	Trabalhador rural
4	Silva <i>et al.</i> (2020)	Acesso de trabalhadores de um território aos serviços ofertados pela unidade básica de saúde	Trabalhadores terceirizados

Fonte: Dados da pesquisa.

Silvério *et al.* (2020) avaliaram a atuação APS com 1.027 trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos em municípios pertencentes a uma regional de saúde do Sul de Minas Gerais. Utilizaram a coleta de dados socioeconômicos, histórico de intoxicações e internações por agrotóxicos e uso de equipamentos de proteção individual, além de coletas de sangue a fim de medir biomarcadores de exposição a pesticidas e sinais de sequelas renais e hepáticas.

Os resultados apresentaram baixa escolaridade, taxas de envenenamento de 20%, doença hepática de 15%, nefropatia de 2%. Entretanto, nenhum dos casos de intoxicações detectados no estudo foi diagnosticado previamente. Silva e colaboradores (2020) analisaram as condições do acesso de 15 trabalhadores terceirizados atuantes em uma instituição de ensino superior no estado do Rio de Janeiro às atividades de saúde realizadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Utilizou-se entrevista semiestruturada e por meio da análise do conteúdo emergiram duas categorias: (i) Entraves na absorção de trabalhadores do território nas UBS e

(ii) Estratégias para a busca de serviços de saúde e emergências como porta de entrada.

Andrade (2019) investigou o processo de interação entre o usuário trabalhador com os profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF), analisando as demandas e as barreiras relacionadas ao trabalho. Para a análise dos dados utilizou-se a perspectiva etnográfica de saúde por meio de entrevistas com os profissionais de saúde e usuários. O resultado revelou que há reconhecimento de demandas de saúde do trabalhador no contexto da USF, mas tais informações se mostram insuficientes para a produção do cuidado à saúde do trabalhador (Quadro 2).

Todos esses estudos relacionados no Quadro 2 revelaram a escassez de registros relacionados ao ambiente de trabalho e os riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão submetidos tornando limitante o nexos causal. Os trabalhadores buscam atendimento por cuidados de saúde de forma geral, não havendo relação com as atividades laborais exercidas por eles.

3.3 Conhecimentos e ações voltadas à saúde do trabalhador na APS

Os seis estudos atinentes à terceira categoria estão listados no Quadro 3, dos quais dois são relacionados ao conhecimento e às percepções dos profissionais da saúde quanto à saúde ocupacional (PEDROSO; GONÇALVES, 2016; MORI; NAGHETTINI, 2016) e quatro relacionados a ações da APS voltadas ao trabalhador (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016; AMORIM *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2020; COMONIAN, 2021).

Quadro 3 – Estudos envolvendo conhecimento e ações sobre a saúde ocupacional

Nº	Autor(es)	Título	Categoria de profissionais
1	Pedroso e Gonçalves (2016)	Percepção e conhecimento dos profissionais da saúde da atenção primária sobre notificação da perda auditiva induzida pelo ruído em Curitiba	Profissionais da saúde sobre o ruído
2	Mori e Naghettini (2016)	Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador	Médicos
3	Silva, Ferraz e Rodrigues-Júnior (2016)	Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina	Gestores e profissionais da saúde
4	Amorim <i>et al.</i> (2017)	Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil	Médicos e enfermeiros
5	Alves <i>et al.</i> (2020)	Análise da articulação entre saúde do trabalhador e a atenção básica	Médicos e enfermeiros e usuários
6	Comonian (2021)	Apoio psicossocial durante a pandemia de covid-19: estratégias desenvolvidas junto aos profissionais da rede pública de saúde do município de Franco da Rocha	Profissionais da saúde

Fonte: Dados da pesquisa.

Pedroso e Gonçalves (2016) analisaram a percepção e o conhecimento de 48 profissionais de saúde (10 enfermeiros, 14 fonoaudiólogos e 24 médicos) que atuam na rede de APS do município de Curitiba – PR sobre a notificação compulsória da Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR). Os resultados apresentaram que 56,2% relataram estarem preparados para identificar problemas de saúde relacionados ao trabalho, porém apenas 43,7% sentem-se aptos a identificar casos de PAIR.

Os obstáculos relatados foram a não formação específica em saúde do trabalhador e a falta de capacitação, tempo reduzido para consultas e receio. Mori e Naghettini (2016) avaliaram o conhecimento de 16 profissionais (médicos e enfermeiros) da ESF de Aparecida de Goiânia - GO sobre doenças ocupacionais por meio de entrevistas. Dos 16 profissionais somente três

fizeram cursos de capacitação voltados para situações de riscos biológicos e não para o atendimento ao trabalhador.

Nos relatos observou-se a falta de conhecimento na área de saúde do trabalhador, a desvalorização da área e a percepção de que a temática é pouco explorada no meio acadêmico, profissional e até mesmo pela gestão de saúde do município. Estes estudos (Quadro 3) revelaram que os profissionais de saúde não percebem a saúde do trabalhador como algo institucionalizado e existe carência de despertar o interesse nos gestores municipais e nos profissionais de saúde para as relações trabalho-saúde-doença e a necessidade de capacitação e qualificação desses profissionais.

Silva, Ferraz e Rodrigues-Júnior (2016) procuraram conhecer as ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas nos centros de APS do município de Chapecó - SC e verificar sua incorporação às rotinas dos serviços de saúde da APS. Utilizou-se de entrevista semiestruturada com dez profissionais que atuam com funções de coordenadores e de recepcionistas, que geralmente são técnicos de enfermagem, de quatro centros de saúde urbanos e um rural. Pelas entrevistas revelou-se que são realizadas apenas as notificações de agravos relacionados ao trabalho (acidentes de trabalho e doenças ocupacionais).

Amorim e colaboradores (2017) analisaram as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) desenvolvidas por equipes de Saúde da Família na percepção de 179 profissionais (médicos e enfermeiros) no município de João Pessoa – PB. Por meio da aplicação do questionário evidenciou que as ações de VST não estão sendo incorporadas no cotidiano do trabalho das equipes. Tais evidências apontaram que 53% realizam mapeamento das atividades produtivas, 30% correlacionaram-se com situações de riscos para a saúde, 24% mencionaram ações para eliminar/mitigar a exposição a situações de riscos e vulnerabilidade, 45% relatam o apoio às equipes de saúde da família pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 32% mencionaram apoio da Vigilância em Saúde do Trabalhador e 4% se qualificaram em saúde do trabalhador (Quadro 3).

Alves e colaboradores (2020) analisaram o processo de articulação entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Unidade Básica de Saúde (UBS), localizado no Município de João Pessoa – PB. Participaram da pesquisa sete profissionais da UBS, sendo quatro enfermeiros e três médicos, um médico do CEREST, o único profissional que concordou em participar da pesquisa e 10 usuários. Os resultados apontaram que os usuários utilizam a UBS como porta de entrada no sistema de saúde, porém, a maioria dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, apenas relatam os sintomas e não intervêm na origem dos problemas.

Comonian (2021) analisou as estratégias de apoio emocional e psicossocial desenvolvidas junto aos profissionais da rede pública de saúde do município de Franco da Rocha – SP em tempo da pandemia de COVID-19. Participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde da área de gestão, atenção básica e atenção especializada que estavam atuando no enfrentamento da pandemia. Observou-se que havia a preocupação com acesso a EPIs, ações de orientação, fortalecimento da comunicação. Por sua vez, carência de ações de rastreamento de sofrimento psíquico e de planejamento de ações estruturadas em rede (Quadro 3). Todos esses estudos revelaram que as ações da APS estão centradas nos programas básicos de saúde, demonstrando pouco conhecimento sobre a saúde do trabalhador e desarticulação com o Centro de Referência do Trabalhador. Indica também a necessidade de fortalecer os processos de educação permanente e de educação continuada, apoio técnicos às equipes e planejamento nas ações, principalmente neste momento vivenciado da pandemia de COVID-19.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos revelaram que os profissionais que trabalham na saúde estão expostos a riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos, psicológicos a acidentes, os quais são próprios do exercício do seu labor,

indicando a necessidade de prevenção e de intervenção educacional para evitar agravos de saúde desses profissionais.

Os trabalhadores buscam atendimento na APS como porta de entrada para o cuidado de sua saúde. Entretanto, percebe-se a inexistência de articulação, conhecimentos, atitudes, planejamento e ações que visam as relações trabalho-saúde-doença. Conclui-se pela necessidade de capacitação e qualificação dos profissionais e gestores da saúde no que tange à saúde ocupacional.

A relevância do presente estudo diz respeito à contribuição para a APS/ESF, considerando que a saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a satisfação no processo laboral. Portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v.24, n. 5, e17104, set./out. 2016.
2. ALVES, A. B. R.; ARRUDA, A. J. C. G.; CAVALCANTI, C. C.; SILVA, D. B. L.; SANTOS, B. M. P.; LIMA, D. S.; DELÍCIO, D. B. C. Análise da articulação entre saúde do trabalhador e a atenção básica. **Enferm. Foco (Brasília)**; v.11, n. 5, p. 166-171, dez. 2020.
3. AMORIM, L. A.; SILVA, T. L.; FARIA, H. P.; MACHADO, J. M. H.; DIAS, E. C. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 10, p. 3403-3413, out. 2017.
4. ANDRADE, A. G. M. **Atenção Primária à Saúde: tecendo a rede de cuidado do usuário-trabalhador no território.** 2019, 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2019.
5. ARCANJO, R. V. G.; CHISTOVAM, B. P.; BRAGA, A. L. S.; SILVINO, Z. R. Gerenciamento dos riscos ocupacionais da enfermagem na atenção básica:

estudo exploratório descritivo. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**; v.10, n. 2, p. 351-357, abr./jun. 2018.

6. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 24 mai. 2021.

7. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

8. BRASIL. **Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.** Norma Operacional em Saúde do Trabalhador do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.

Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html> . Acesso em: 16 mai. 2021.

9. BRASIL. **Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <

https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf > . Acesso em: 16 mai, 2021.

10. BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html > . Acesso em 16 mai. 2021.

11. COMONIAN, J. O. **Apoio psicossocial durante a pandemia de covid-19:** estratégias desenvolvidas junto aos profissionais da rede pública de saúde do município de Franco da Rocha. 2021. 75 f. Especialização em Saúde Coletiva - Sec. Est. Saúde SP, CONASS, SESSP-ISPROD, São Paulo, 2021.

12. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Resolução 196/96.**

Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

13. DIAS, E. G.; DOUZA, S. P. D.; GOMES, J. P.; CALDEIRA, M. B.;

TEIXEIRA, J. A. L. Riscos ergonômicos do ambiente de trabalho do enfermeiro na atenção básica e no pronto atendimento. **J. nurs. Health**, v.10, n. 2, e20102004, mai. 2020.

- 14.FONSECA, E. C.; DOUSA, K. H. J. F.; NACIMENTO, F. P. B.; TRACERA, G. M. P.; MORAES, K. G.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos ocupacionais na sala de vacinação e suas implicações à saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**; 28: e45920, jan.-dez. 2020.
- 15.GOMEZ, C.; MACHADO, J.; PENA, O. (Eds.). (2011). **Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2011. 540 p.
- 16.GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun 2018
- 17.LIMA, A. F. S.; ALMEIDA, L. W. S.; COSTA, L. M. C.; MARQUES, E. S.; LIMA JÚNIOR, M. C. F.; ROCHA, K. R. S. L. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v.53: e03495, jan./dez. 2019.
- 18.MEDEIROS, C. R. S.; COROPES, V. B. A. S.; SILVA, K. G.; SHOJI, S.; SOUZA, N. V. D. O.; SOUZA, M. H. N.; FARIAS, S. N. P. Danos ocupacionais de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene (Online)**; v. 22, e60056, 2021.
- 19.MELLO, I. A. P.; CAZOLA, L. H. O.; RABACOW, F. M.; NASCIMENTO, D. D. G.; PICOLI, R. P. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trab. educ. saúde**; v. 18, n. 2, e0024390,
- 20.MINAYO-GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2011.
- 21.MORI, E. C.; NAGHETTINI, A. V. Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v.50(spe), p. 25-31, 2016.
- 22.MOTTA, L. C. SIQUEIRA- BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.
- 23.NASCIMENTO, D. D. G. **O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da Psicodinâmica do trabalho**. 2015. 239f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da

Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

24. PEDROSO, H. C.; GONÇALVES, C. G. O. Percepção e conhecimento dos profissionais da saúde da atenção primária sobre notificação da perda auditiva induzida pelo ruído em Curitiba. **CoDAS**, v. 28, n. 5, p. 575-582, 2016.

25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA> ==> Acesso em: 21 mai. 2021.

26. REZENDE, F. R.; MENDONÇA, K. M.; GALDINO JÚNIOR, H.; DALGADO, T. A.; AMARAL, T. S. et al. A vulnerabilidade de agentes comunitários de saúde frente ao risco biológico. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 23, e 62222, p. 1-8, 2021.

27. SANCHES, A. P. M.; MAROLDI, M. A. C.; SILVA, D. M.; ROSEIRA, C. E.; PASSOS, I. P. B. D.; FIGUEIREDO, R. M. Concepções da equipe de odontologia da atenção primária à saúde sobre precauções padrão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e1192, p. 1-11, 2016.

28. SANTOS, A. C. M.; SOARES, I. P. S.; MOREIRA, J. C.; FARIAS, M. B. M.; DIAS, R. B. F.; FARIAS, K. F. Perfil dos registros clínicos em prontuários de fumicultores em Alagoas. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 15, n. 4, p. 310-316, 2017.

29. SANTOS, N. R. S. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

30. SILVA, A.; FERRAZ, L. RODRIGUES-JUNIOR, A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 41, e16, p. 1-9, 2016.

31. SILVA, C. G.; FORTES, R. A.; GALLASCH, C. H.; ALVES, L. V. V.; SILVA, D.; FARIA, M. G. A. Acesso de trabalhadores de um território aos serviços ofertados pela unidade básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ**; v.28, e44711, jan./dez. 2020.

32. SILVÉRIO, A. C. P.; MARTINS, I.; NOGUEIRA, D. A.; MELLO, M. A. S.; LOYOLA, E. A. C.; GRACIANO, M. M. C. Assessment of Primary Health Care for rural workers exposed to pesticides. **Revista Saúde Pública**; v. 54, n. 9, 2020.

33. SOARES, Cassia Baldini et al. Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-45, Apr. 2014.
34. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo) (online), v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.
35. VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

**Sem mãos que SUStentem:
o financiamento e gastos públicos com saúde no Brasil**

*No hands to SUStain:
financing and public spending on health in Brazil*

*Sin manos que SUStentan:
financiamiento y gasto público en salud en Brasil*

Adriana Falangola Benjamin Bezerra⁶⁰

Camilla Maria Ferreira de Aquino⁶¹

Kátia Rejane de Medeiros⁶²

Simara Lopes Cruz Damázio⁶³

RESUMO

Sustentado na Constituição Federal de 1988 e demais legislações de ordenação, pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é uma conquista advinda de movimentos sociais em período de transformação singular e reforma do cenário político nacional. Nos anos consecutivos, enfrentou oposições, mas conseguiu manter-se presente apesar das diversidades, dentre as quais, destaca-se o financiamento. Neste ensaio acadêmico, apresenta-se a trajetória de subfinanciamento do SUS, com enfoque nas políticas públicas que influenciaram o financiamento e, conseqüentemente, os gastos públicos com saúde ao longo dos anos, a partir de uma revisão narrativa da literatura. O desafio de seguir seus princípios fundamentais foi sustentado no SUS pelas mesmas mãos que o ergueram, contudo, os ataques à sua sustentabilidade são permanentes e paulatinamente crescentes, em especial após a aprovação de Emendas Constitucionais que alteraram fontes e formas de financiamento. O advento da pandemia de Covid-19 traz ao governo neoliberal atual o paradoxo de necessitar do SUS firme em meio ao projeto consistente do seu desmantelamento. Não é possível conceber um sistema que se apresente como

⁶⁰ Email: adriana.bbezerra@ufpe.br

⁶¹ Email: camilla.aquino@yahoo.com.br

⁶² Email: katia.rejane@fiocruz.br

⁶³ Email: simara.cruz@ufpe.br

universal, com mecanismos de contenção orçamentária que impossibilitem a expansão ao acesso a serviços públicos de saúde e que não retratem a realidade brasileira e sua vasta diversidade populacional e territorial. É proposto que o subfinanciamento demonstra ser um problema que tende a se cristalizar como uma prioridade para o SUS e, portanto, cujo conflito será contínuo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Gastos Públicos com Saúde.

ABSTRACT

Sustained by the Federal Constitution of 1988 and other legislations, it can be said that the Brazilian Unified Health System (SUS) is an achievement arising from social movements in a period of singular transformation and reform of the national political scenario. In consecutive years, it faced opposition but managed to remain standing despite the diversities, among which funding stands out. In this academic essay, the trajectory of SUS underfunding is presented, focusing on public policies that have influenced funding and, consequently, public expenditure on health over the years, based on a narrative review of the literature. The challenge of following its fundamental principles was sustained in the SUS by the same hands that raised it, however, the attacks on its sustainability are permanent and gradually increasing, especially after the approval of Constitutional Amendments that changed sources and forms of financing. The advent of Covid-19 pandemic brings to the current neoliberal government the paradox of needing a strong SUS in the midst of a consistent project of its dismantling. It is not possible to conceive a system that presents itself as universal, with budgetary containment mechanisms that make it impossible to expand access to public health services and that do not portray the Brazilian reality and its vast population and territorial diversity. It is proposed that underfunding proves to be a problem that tends to crystallize as a priority for SUS and, thus, the conflict will be continuous.

Keywords: Unified Health System; Health System Financing; Public Expenditures on Health.

RESUMEN

Respaldado en la Constitución Federal de 1988 y otras leyes ordenanzas, se puede decir que el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño es una conquista surgida de los movimientos sociales en un período de singular transformación y reforma del escenario político nacional. En años consecutivos enfrentó oposición, pero logró mantenerse presente a pesar de las diversidades, entre las que destaca el financiamiento. En este ensayo académico, se presenta la trayectoria de la subfinanciación del SUS, centrándose en las políticas públicas que han influido en la financiación y, en consecuencia, en el gasto público en

salud, a partir de una revisión narrativa de la literatura. El desafío de seguir sus principios fundamentales fue sostenido en el SUS por las mismas manos que lo levantaron, sin embargo, los ataques a su sostenibilidad son permanentes y aumentan gradualmente, especialmente después de la aprobación de las Reformas Constitucionales que cambiaron las fuentes y formas de financiamiento. El advenimiento de la pandemia de la Covid-19 trae al actual gobierno neoliberal la paradoja de necesitar un SUS firme en medio del proyecto consecuente de su desmantelamiento. No es posible concebir un sistema que se presente como universal, con mecanismos de contención presupuestaria que imposibiliten ampliar el acceso a los servicios públicos de salud y que no reflejen la realidad brasileña y su gran diversidad poblacional y territorial. Se plantea que el desfinanciamiento resulta ser un problema que tiende a cristalizar como una prioridad para el SUS y, por tanto, cuyo conflicto será continuo.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Financiación de los Sistemas de Salud; Gasto Público en Salud.

1 INTRODUÇÃO

O marco da Constituição Federal de 1988 e, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma ruptura de modelos arcaicos de cidadania e do papel liberal do Estado¹. Reconhecidamente, a maternidade do SUS é atribuída a movimentos sociais. Com longa duração, sua gestação se desenvolveu ao longo de duas décadas. E, em seu partear, aqueles que o geraram, atentos ao seu nascimento, garantiram as mãos que o ergueram e, dessa forma, sua sobrevivência em meio a território hostil².

Não bastasse as duras ameaças que o SUS sofreu desde sua criação, após seu aniversário de 30 anos, as novas emboscadas ganham contornos mais perversos e devastadores. O golpe mais severo, porém, é recente, encoberto por intrincada teia de crises de origem política e econômica³⁻⁵.

Neste ensaio, apresentamos a trajetória do (sub)financiamento do SUS, a partir da análise da literatura disponível, com enfoque nas políticas públicas que influenciaram o financiamento e, conseqüentemente, os gastos públicos com saúde. A apresentação visa contribuir com a discussão acerca da fragilidade do SUS, diante da inexistência de política que garanta seu

financiamento e sustentabilidade.

2 METODOLOGIA

O ensaio acadêmico é frequentemente referido como um gênero literário, opinativo, cujo tema reflete o interesse e a perspectiva dos autores. Apesar da fluidez de sua forma e não possuir, necessariamente, a pretensão de alcançar uma conclusão ao tema discutido, a argumentação presente no ensaio deve demonstrar relevância científica e teórica e, portanto, utiliza-se de bases bibliográficas, como artigos científicos, livros e outros documentos^{6,7}.

Do ponto de vista metodológico, equivale a uma revisão narrativa, em que está expressa uma análise ampla da literatura na interpretação e análise crítica pessoal dos autores, sem a metodologia claramente expressa⁸.

A fim de sustentar e corroborar a reflexão sobre a temática do crescente subfinanciamento do saúde pública no Brasil e sua correlação política, foi realizada uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico®, no período de junho a julho de 2021, considerando artigos e teses que abordavam o subfinanciamento da saúde e, posteriormente, de textos legais e produções de instituições de ensino e pesquisa na área da saúde pública e economia da saúde, citadas nos artigos de referência. Não se estabeleceram critérios de inclusão ou exclusão, como idioma ou período, ou conjunto delimitado de palavras-chave para busca, além de “financiamento da saúde”.

2.1 AS MÃOS QUE ERGUEM: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Consta em constituição que a população brasileira deve ser assistida integralmente de forma universal, igualitária e hierarquizada pelo SUS. Reconhecidamente, a implantação do SUS trouxe benefícios aos cidadãos brasileiros, como a ampliação do acesso aos serviços de saúde, vacinação, redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, bem como significou o aumento no investimento com recursos humanos e tecnologias em

saúde^{2,9,10}.

O início da trajetória do SUS possui décadas à frente de sua promulgação, por meio de movimento que possibilitou a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Tratar desta questão, remete a implicações teórico-metodológicas que perpassam a construção desse processo, construído a partir da segunda metade da década de 1970, e que nas décadas de 1980, 1990 e no Século XXI, tomam configurações e direcionamentos políticos diferenciados. Vários teóricos desse processo têm mudado suas concepções construídas ao longo dos anos 1980^{11,12}.

O Projeto de RSB na década de 1980 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade¹³.

No campo sanitário, sobretudo no que concerne aos serviços de saúde e assistência médica, a retórica ideológica neoconservadora estimulou a formulação de um diagnóstico setorial que apontava para a necessidade de determinadas mudanças. Utilizando a extensa gama de críticas, de diversos matizes, presentes no debate sanitário desde meados dos anos de 1960, o novo discurso, que passou a ser hegemônico nos 1980, defendia a aceitação pragmática da realidade da mudança nas condições econômicas, pregavam o não compromisso com a expansão dos serviços de saúde e repudiavam a intervenção governamental. Centrada em argumentos basicamente econômicos, essa avaliação, de inspiração neoliberal, desnudava vários problemas de fato presentes no campo setorial, mas, na retórica reformista da década, pretendia mudar as fronteiras da atuação do Estado¹⁴.

A RSB foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde

sua gênese, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social na década de 1980 era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos seus contribuintes, prevalecendo a lógica meritocrática e da cidadania regulada^{9,11}.

Diante da falência do sistema previdenciário de assistência à saúde, e em período de acirrado debate político e econômico, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, a qual contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes¹⁵.

Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo cidadão, a despeito de seu volume de contribuição, classe ou situação de trabalho. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde¹⁶.

O fundamento legal do SUS é a Constituição Federal de 1988 (CF 1988), regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata das transferências

financeiras para saúde e da participação popular^{11,13,14}.

Em seu início, a LOS garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano, bem como um dever do Estado. Para tanto, o Estado deve formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e agravos e que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Sem excluir o papel da sociedade na participação desses processos, entende-se que o maior poder e impacto sobre a situação de saúde pública, especificamente sobre o SUS, cabe aos entes federativos^{9,13, 17}. E, para a sustentabilidade de um sistema universal em saúde, a discussão sobre o financiamento é essencial, e deve ser guiada na perspectiva de minimizar a participação privada, e maximizar o investimento público no sistema¹⁸.

2.2 AS MÃOS QUE TREMEM: O DESAFIO DE FINANCIAR O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Com a finalidade de dar sustentação ao arcabouço assistencial previsto na CF de 1988 e as demandas crescentes que se avolumavam pela necessidade assistencial previstas nos conceitos fundantes da referida constituição, o Brasil tem por necessidade criar recursos para garantir o que está previsto em sua carta maior. Desta forma, entende-se a necessidade de garantir o financiamento para a estruturação das ações de saúde, criando estratégias legais que impactam diretamente na assistência que de fato será prestada à população¹⁹.

Contudo, a saúde sofreu seu primeiro golpe desde a proposta de financiamento contida na CF 1988, traduzida na recusa política pelo financiamento diferenciado para as áreas da Seguridade Social (saúde, assistência e previdência social), recebendo orçamento único (OSS). Novo golpe evidenciou-se com o descarte da proposta de proporções pré-definidas do OSS para repartição entre seus componentes, quando a saúde receberia 30%¹. Após a promulgação da CF 1988 os desafios continuaram no que diz respeito ao financiamento adequado, compatível com a proposta de sistema universal e público¹.

Apesar da LOS descrever a organização de elementos básicos para o financiamento do sistema, havia ainda a indefinição sobre percentuais e valores para a alocação de recursos no SUS entre os entes federativos, o que resultou em crise logo no início dos anos 1990. Como forma de gerar nova receita, foi estabelecida a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, com a finalidade (em proposta) de financiar exclusivamente o Fundo Nacional de Saúde, o que, porém, não ocorreu¹¹.

A aprovação da CPMF, e sua manutenção, não atenderam à agenda do setor saúde, pois contribuiu também nos campos da assistência e previdência social, e a saúde recebeu parcela pouco superior a 50% do arrecadado. Vale ressaltar, que em 1996, nem mesmo o OSS atendia exclusivamente as áreas que o compõem. Desde 1994, foi aprovado o Fundo Social de Emergência (FSE), chamado desde 2000 de Desvinculação de Receitas da União (DRU), cujo propósito é nominalmente claro, de retirar recursos vinculados a áreas sociais e investir no pagamento de dívidas públicas¹⁹.

A década de 1990 é palco de várias disputas entre interesses político-econômicos e demandas sociais, legalmente instituídas, culminando em 2000 com a Emenda Constitucional (EC) n. 29, na definição de percentuais mínimos dos Orçamentos Fiscais (arrecadado por impostos) para a alocação na saúde para as três esferas.

Com a EC 29, esperava-se “[...] promover a blindagem do sistema, em termos da sustentabilidade e suficiência de recursos, avançando também na solidariedade federativa por meio da definição de parâmetros para o estabelecimento de relações fiscais intergovernamentais no SUS”^{20:1853}. Mas o que se observou foi prova do descompromisso da esfera federal com a prestação de serviços públicos de saúde de qualidade, quando se eximiu de definir seu respectivo percentual mínimo de alocação^{1,21}.

Surge, então, novo campo de debate e reivindicações: a aprovação de lei complementar com percentual mínimo garantido para a esfera federal. Considerando que municípios colocam 15%, e estados, 12%, do seu

Orçamento Fiscal, a União teria o potencial de alocar 10% da sua Receita Corrente Bruta na saúde (o que representaria acréscimo de em média 40 bilhões de reais ou 0,8% do PIB). Todavia, após 12 anos de embate, a Lei Complementar n. 141 é aprovada em 2012 sem qualquer alteração no percentual de alocação da União¹⁹.

Nessa mesma década, no ano de 2016, houve nova decepção no campo das políticas federais de financiamento da saúde pública. Para alguns autores^{22:2054}, “se os anos 1990 trouxeram o engessamento do executivo federal [...], a aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016 estabeleceu um padrão ainda mais radical de contenção do Estado”. De fato, a EC n.95 é ponto focal do novo cenário de tragédias no setor público da saúde, uma vez que causa engessamento dos gastos públicos em áreas essenciais. A sua promulgação ocorreu mediante quadro neoliberalista acentuado que possibilitou outras aprovações danosas, como EC n. 86/2015, EC n. 93/2016 e Portaria n. 3992/2017, as quais não apenas reduzem o aporte financeiro na saúde, mas também desestruturam o arcabouço, que já era frágil, de sustentação de um sistema, em tese, universal e público.

De forma concreta, os novos textos legais influenciaram na combinação das novas regras de cálculo para apuração do valor da aplicação mínima constitucional como a da execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais. Essas mudanças agravam o quadro de subfinanciamento do SUS a partir de 2015, o que representou mais uma perda parcial de direitos sociais duramente conquistados pela sociedade brasileira, se nada for feito para reverter essa situação^{11,23}.

O teto de gastos públicos do governo federal brasileiro, implementado pela EC 95/2016, é, portanto, uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, tendo como alvo prioritário o projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das severas desigualdades sociais e econômicas²⁴.

É importante advertir, os governos que gastam mais investindo na

economia favorecem a criação e multiplicação de empregos, o que por conseguinte fortalece as finanças públicas²⁴. Logo, num contexto de economia em crescimento há uma redução das demandas por programas sociais. O mesmo não acontece com a aplicação da austeridade fiscal, cujo efeito é contrário. Os mesmos autores destacam ainda que há evidências na literatura científica do efeito multiplicador do gasto com políticas sociais para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB)²⁵.

Apesar dessas evidências além do ataque proveniente da EC 95/2016, observa-se também à concepção neo-desenvolvimentista desse mesmo projeto constituinte, que reserva ao investimento público papel essencial ao estímulo do investimento privado e do crescimento do setor produtivo nacional, com o intuito de reduzir a dependência do país às potências estrangeiras hegemônicas. Por fim, outra análise importante a ser descrita se dá nos blocos de financiamento que sempre se caracterizaram, anteriormente, por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos cinco (05) blocos de custeio, exceto o Bloco de Investimento, que se destacava por ter contas correntes vinculadas a cada projeto.

A organização orçamentária sempre esteve presente nos grandes grupos de ações programáticas que marcavam cada um dos blocos de custeio: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, e gestão do SUS⁵. Até que, em 2017 surge a proposta do SUS Legal, culminando na reforma na organização dos blocos de financiamento.

A principal mudança abateu-se sobre a forma de transferência dos recursos financeiros, a qual passou a se resumir a apenas dois blocos: custeio e investimento. Os recursos para custeio foram transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos que ainda não haviam sido contemplados com repasse foram transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento. A junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco mantém de forma virtual os

grupos de ações dentro do Bloco de Custeio, ou seja, o planejamento orçamentário deve considerar os devidos blocos de ação, porém representa, de fato, a viabilização da desvinculação dos recursos financeiros²⁶.

Durante a existência dos blocos de financiamento por áreas de atenção, esses blocos refletiam a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União (OGU) e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais⁵.

A existência de blocos por áreas de atenção separava definitivamente, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro, exigindo do gestor novas providências de conhecimento das novas regras para pactuação do recurso financiador da assistência prestada pelo ente federado²⁷. As destinações orçamentárias, apesar da existência atual de dois blocos, devem continuar a refletir as ações pactuadas de governo.

É de digno questionar quem demanda e a quem serve, os movimentos de alterações legais de cunho liberalista na saúde pública. As articulações entre empresas do mercado privado de saúde e o Poder Legislativo têm fragilizado o SUS⁵.

Pela análise das manobras de desvio de recursos de contribuições sociais, desvinculação progressiva de recursos e normativas que falham em ampliar o percentual federal investido em saúde, compreende-se que a receita nacional gerada (permanece crescendo) anualmente é “preservada” para gasto financeiro, como o pagamento das dívidas (ou melhor, dos juros destas). Em avaliação das Leis Orçamentárias Anuais dos últimos cinco anos, o percentual da receita do OGU destinado ao pagamento de juros, amortização e refinanciamento da dívida pública, foi estimado em 46,46% em 2016, ultrapassando a marca dos 50% em 2017 (50,66%) e 2018 (52,31%), voltando a 43,68% em 2019. Para 2020, era estimada receita total de R \$3.687,2 bilhões, da qual 44,87% seriam destinados às despesas financeiras com a dívida. Enquanto a saúde, nesse período, representou entre 3,16 e 3,5% da receita

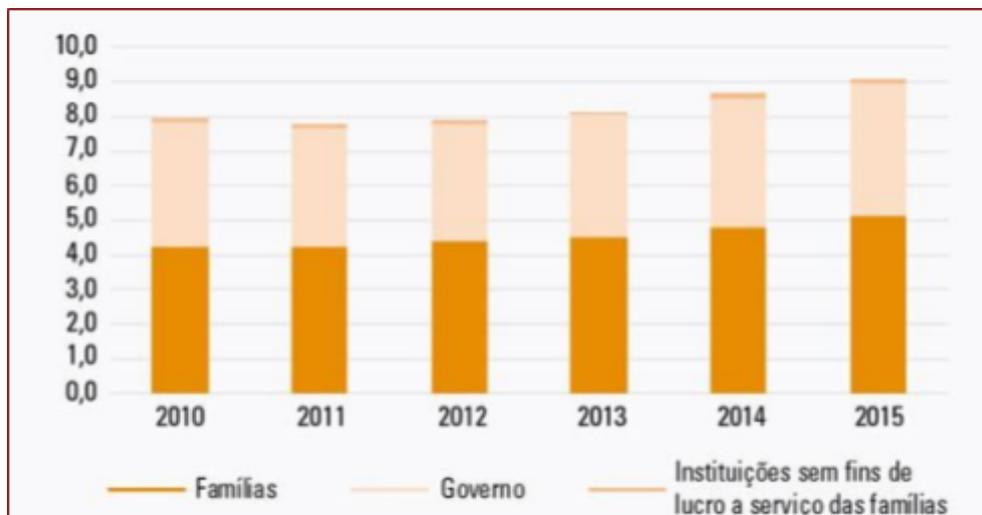
prevista no OGU²⁸⁻³³.

2.3 AS MÃOS QUE CEDEM: A AMEAÇA À SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O debate acerca da sustentabilidade financeira de sistemas universais em saúde, paradoxalmente, incentiva a expansão da participação privada no mercado da saúde. Esse processo é paulatino e vem se aprofundando, em especial, em países de baixa e média renda. Como a capacidade estrutural desses países é limitada para a oferta própria e pública de serviços de saúde, buscam complementar o serviço por meio da contratação de empresas privadas, cedendo às demandas de indústrias farmacêuticas, empresas prestadoras de serviços de saúde e companhias de seguro, para o aumento da participação e, portanto, do gasto, do setor privado na saúde pública¹⁸.

O Brasil segue esta tendência. Ao se observar o gasto total (parcela pública e privada) em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) – marcador da “riqueza” de uma nação, o gasto do país com o setor da saúde está em torno de 8% (Figura 1). Outros países que possuem sistemas universais de saúde, como Canadá e Reino Unido alocam, respectivamente, 10,4% e 9,9% do seu PIB. A partir desse dado, a situação nacional, aparentemente, assemelha-se aos demais. Contudo, ao detalhar a origem do gasto total, em 2015, o gasto público com saúde destes países foi superior a 80%, enquanto no Brasil está em torno de 43%. Valor inferior, inclusive, do gasto público com saúde de países que não possuem sistema universal de saúde, como os Estados Unidos, com aproximadamente 49%^{9,22}.

Figura 1 – Participação percentual no PIB do gasto com bens e serviços de saúde. Brasil, 2010 a 2015.³⁴



Fonte: Autoria própria

Em outros comparativos, o Brasil possui uma das menores proporções de gasto público em saúde entre os países da América Latina e Caribe, cuja média é de 51,3%. O mesmo ocorre em comparação a países de renda mediana-alta (grupo em que se inclui), cujo gasto médio está em torno de 55%, e entre países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, com média de aproximadamente 62%³.

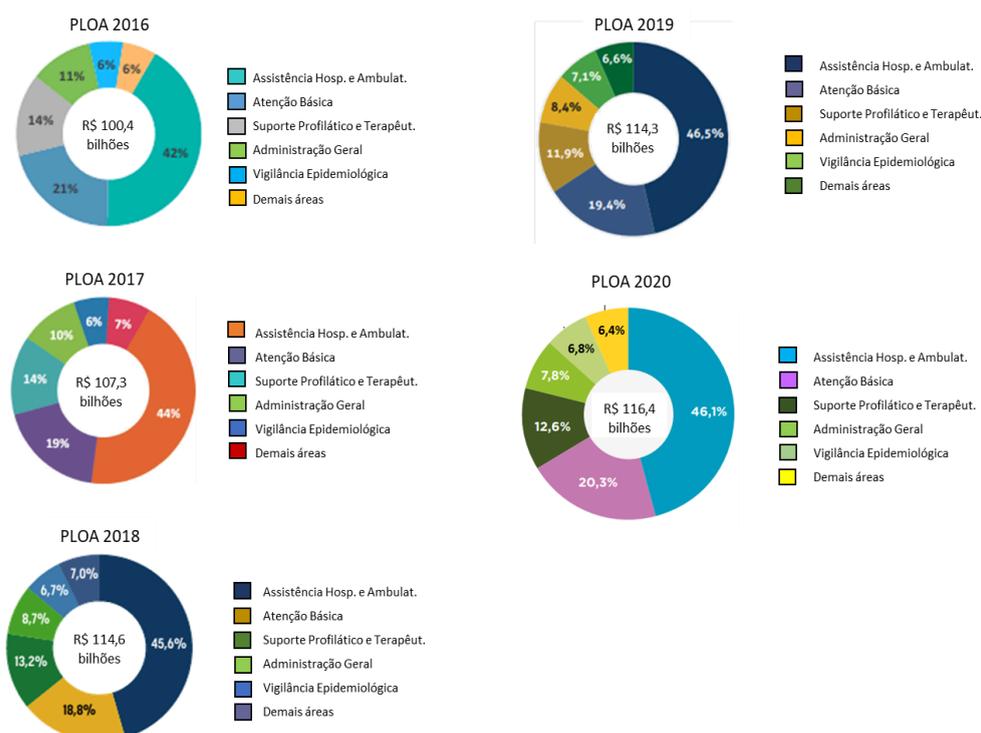
Torna-se mais clara a disparidade entre o Brasil e outros países com sistema universal de saúde, ao apresentar monetariamente o valor investido per capita, da parcela de gastos públicos com saúde. Quando medido em paridade de poder de compra (PPC), forma de equiparar as moedas internacionais, o dispêndio do Brasil, em 2015, foi de 595 reais per capita, enquanto o Canadá gastou 3.383 e o Reino Unido, 3.330^{34,35}. Ao considerar valores mais recentes, em 2019, o valor per capita despendido pela esfera nacional para as ações de saúde foi de aproximadamente 560 reais, o que representa uma alocação proporcional de 1,65% do PIB³⁶.

Dessa forma, compreende-se que a proporção do PIB investido em gastos públicos com saúde no Brasil está entre 3% e 4%. E, deste montante, desde a EC 29/2000, a esfera nacional vem alocando o mínimo constitucional,

o que representa em torno de 1,7% do PIB⁵.

É cabível investigar, além do montante despendido em saúde, a distribuição dos recursos nos blocos de financiamento, recentemente póstumos. O Orçamento Cidadão disponibiliza um infográfico (Figura 2) dos gastos com saúde propostos no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA). É perceptível a gradual redução da participação da Atenção Básica e Suporte Profilático e Terapêutico, em detrimento à ampliação proporcional do orçamento federal com Assistência Hospitalar e Ambulatorial²⁹⁻³³.

Figura 2 – Série histórica da distribuição dos recursos federais com saúde, por áreas de financiamento, no Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2016 a 2020.²⁹⁻³³

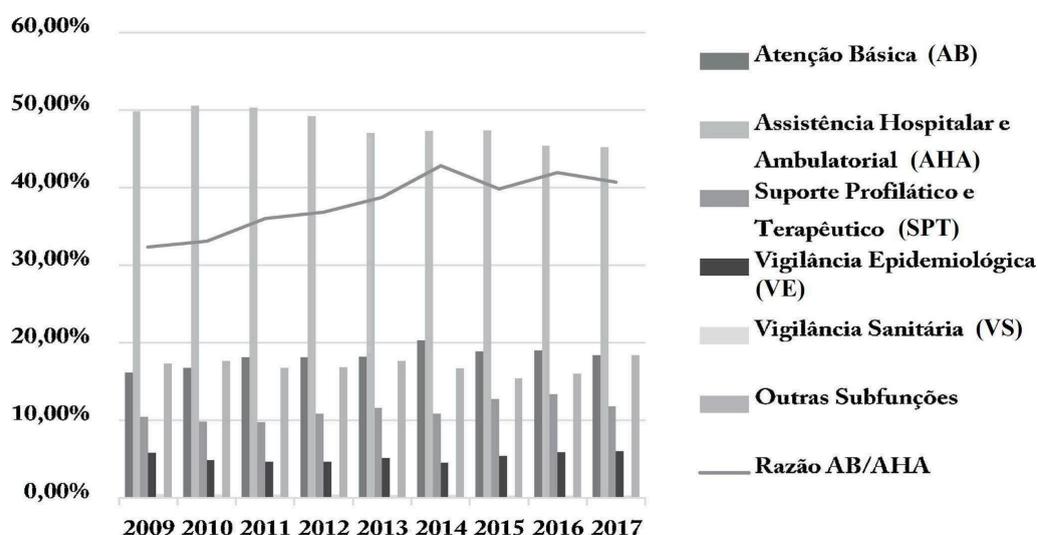


Fonte: Autoria própria

A influência parlamentar está fortemente presente nos processos de decisão e distribuição de recursos nas LOAs. O orçamento expressa uma

estimativa de alocação financeira, todavia, ao longo do ano, ajustes são necessários, impactando diretamente na execução orçamentária efetiva³⁶. Ao analisar uma série histórica de 2009 a 2017 das execuções orçamentárias das subfunções da saúde (Figura 3), mantém-se perceptível a tendência crescente de valorização das alocações na assistência hospitalar e ambulatorial, tal qual as LOAs. Contudo, a disparidade percentual entre a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial é intensificada no dispêndio realizado em comparação ao orçado, como pode ser observado nos anos de 2016 e 2017, presentes nas figuras 2 e 3.

Figura 3 - Participação percentual das principais subfunções em termos de valores empenhados e razão entre as subfunções “Atenção Básica/Assistência Hospitalar Ambulatorial” no período 2009-2017³⁶.

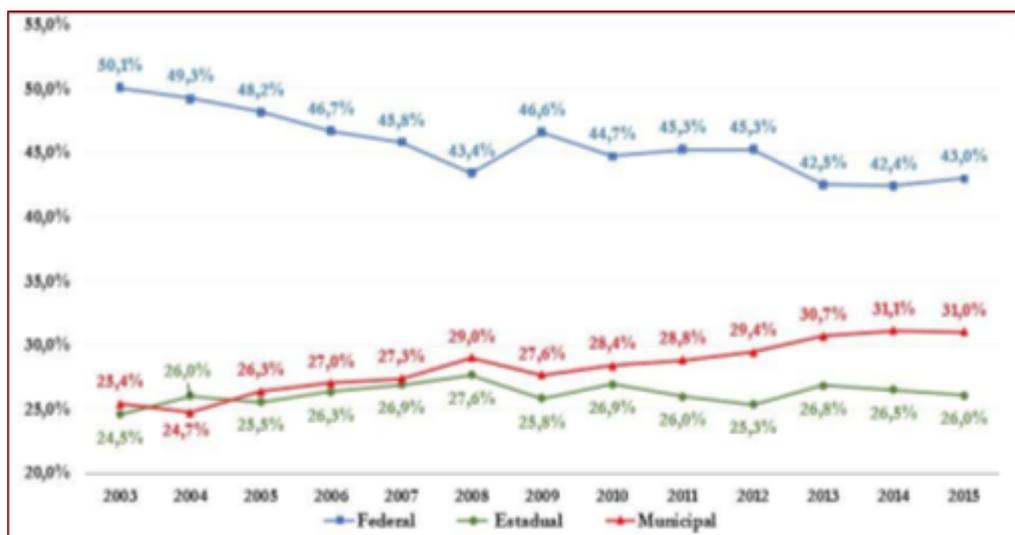


Fonte: Autoria própria

É crescente a oneração das esferas subnacionais, justificada sob o princípio da descentralização de receitas e atribuições, sem, contudo, haver a real descentralização de encargos e tributos, os quais permanecem, em sua maior parte e volume pertencentes à esfera federal para posterior repasse aos entes subnacionais. Os reflexos incidem, acentadamente, nos municípios

(Figura 4), tornando estes aqueles que mais contribuem com a saúde, em termos proporcionais de sua arrecadação³⁷.

Figura 4 – Composição do gasto público (% do total) com saúde por ente federativo, entre 2003 e 2015.⁵



Fonte:: Autoria própria

Em análise comparativa entre os anos de 2003 e 2015, a proporção de gastos públicos com saúde dos estados e municípios passou de 24,5% e 25,4% (Figura 4), respectivamente, para 26% e 31%⁵. Em termos de gastos per capita, os gastos municipais com saúde, considerando recursos próprios e repasses do governo federal, cresceu 226%, passando de R\$315,70 em 2003 para R\$716,50 em 2014 (valores ajustados pela inflação). Porém, desde 2015, o gasto per capita está em declínio, passando de R\$617,10 em 2016³ até R \$560,41 em 2019³⁶.

Enquanto as esferas de governo debatem a quem cabe a parcela mais expressiva dos gastos públicos com saúde, mais da metade dos gastos com saúde no país são gastos privados. Deste montante, os planos de saúde respondem por 40,4% e o desembolso direto, pela parcela mais onerosa. Os planos de saúde são adquiridos por cerca de 25% das famílias, concentradamente por grupos de maior renda (média a alta). À medida que a

renda aumenta, maior a parcela de famílias com planos de saúde, e maior o valor gasto. O desembolso direto é a forma de pagamento utilizada, principalmente, por trabalhadores de baixa-renda, os quais comprometem, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar com insumos de saúde do que as famílias de maior renda^{23,38}.

A desigualdade no acesso a planos de saúde foi uma das justificativas utilizadas para a proposta de planos de saúde populares, com menor cobertura para doenças mais graves. Portanto, caso o usuário do plano popular desenvolva uma das doenças descobertas, este recairia sob a responsabilidade do SUS em garantir a sua saúde, sem a possibilidade de ressarcimento do poder público pela operadora do plano privado. É o privilégio dos interesses privados, em detrimento ao público. É colocar em risco, intencional, a segurança do cidadão brasileiro^{9,39}.

De uma forma geral, os valores transferidos pelo Ministério da Saúde são insuficientes para financiar uma APS integral e resolutive, fazendo com que os municípios se responsabilizem por parcela considerável do financiamento da APS ou levando a estruturação de uma APS seletiva e focalizada^{9,17,40}.

O quadro atual, porém, não se compara à catástrofe anunciada com o “Novo Regime Fiscal”. A contenção de despesas do setor público, estabelecida na EC 95/2016, centrada na redução de gastos com áreas de interesse social, é nocivo à sociedade²³.

Ao ser aprovada, a EC 95 permite a alocação de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017 no cálculo do orçamento da saúde para o de 2018. O congelamento do limite orçamentário por 20 anos é, porém, passível de correção anual pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), principal marcador da inflação. Apesar dessa ressalva, o resultado será a progressiva redução da participação da esfera federal na parcela do PIB com o gasto público em saúde⁵.

Diante do decréscimo da participação do Estado na oferta de serviços

de saúde públicos, a exploração da demanda reprimida, dos usuários desassistidos, caberá às empresas privadas de saúde¹⁰. Afinal, sob a imagem de crise perene, a solução comumente apresentada para desonerar as contas públicas é fomentar o mercado de planos e serviços privados em saúde e eximir o Estado da sua atribuição de ofertar saúde aos cidadãos brasileiros, ou seja, trata-se da ruptura do direito constitucional à saúde.

A coexistência do setor privado no SUS é nefasta, e direciona o país a processo de americanização do sistema de saúde. Essa é uma demanda histórica dos movimentos em defesa da saúde pública no Brasil, que esbarra em constrangimentos políticos e econômicos impostos pelo capitalismo contemporâneo “financeirizado” e sua crise estrutural^{9,40}.

Todavia, é sustentada por setores economicistas no Estado e na sociedade, enquanto o sistema padece, “sem força para sustentar um projeto estratégico que resista ao alargamento da hegemonia neoliberal”^{11:1351}.

2.4 AS MÃOS QUE RESISTEM: O ABRIGO ABANDONADO TORNA-SE ASILO NA TORMENTA

Crises, sejam pontuais ou aparentemente perenes, colocam em risco a situação socioeconômica da população, em especial, dos que se apresentam em maior vulnerabilidade social⁴¹. E, em seguimento a mudanças negativas dos hábitos de vida e alteração das condições mentais, eleva-se o risco à saúde. Esses indivíduos serão dependentes de serviços públicos de saúde para sua assistência^{10,42}. Nesse cenário, uma realidade de austeridade econômica coloca em risco a saúde da população⁴³.

No final de 2019, foi identificado um novo coronavírus, cujas manifestações foram denominadas de *Coronavirus disease 19* (Covid-19), ou em português, doença do coronavírus 19⁴⁴. Em um mundo globalizado, com transportes em massa que cruzam longas distâncias, rapidamente, tornou-se uma pandemia, alcançando o Brasil, oficialmente, no primeiro trimestre de 2020⁴⁵⁻⁴⁷.

Pandemias causam sobrecarga dos serviços de saúde, sejam de

assistência direta, auxiliares ou de suporte, devido à elevação do número de casos em curto período. Os sistemas de saúde precisam reorganizar suas práticas, a fim de agir de forma ágil e precisa, tanto nas medidas de prevenção de novos casos, como a identificação precoce dos casos e seus contactantes e promover estratégias de contenção de casos, além de ofertar assistência à população, em todos os níveis de complexidade⁴⁸. A execução dessas ações exige alto gasto, em curto prazo, sem orçamento ou planejamento prévio.

A Covid-19, em comparação a outras doenças respiratórias virais, possui alta transmissibilidade e gravidade clínica^{49,50}. Essas características implicam em rápida sobrecarga de serviços de alta densidade tecnológica, como unidades de terapia intensiva (UTI), agravada pela falta de medidas farmacológicas de prevenção e tratamento eficaz. Como estratégia de retardo do contágio, foram adotadas medidas de distanciamento e isolamento social, levando ao fechamento de espaços de livre circulação e aglomeração públicas^{17,50,51}, impactando no comércio, especialmente o de atividades não essenciais. Une-se, assim, no Brasil, a crise sanitária à crise econômica.

O Brasil está há um bom tempo assistindo à adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, especialmente na área da saúde, intensificando mecanismos de mercado e de privatização no seu interior^{36,40,51,52}. Em meio a decreto de calamidade pública, foram aprovadas diversas medidas emergenciais para o enfrentamento da Covid-19. Entre medidas provisórias, portarias, leis e emendas constitucionais, destaca-se a aprovação da EC n. 106/2020, conhecida como “Orçamento de Guerra”. Em virtude da doença, foram necessários ajustes imediatos do sistema de saúde tendo em vista o incremento da oferta de determinados serviços^{17,40,51}. Assim, foi possível criar um orçamento paralelo destinado exclusivamente ao combate ao vírus, livre das restrições legais exigidas na normalidade. Como, por exemplo, o descumprimento da “regra de ouro”, a qual impedia o Estado de tomar empréstimo para o pagamento de despesas correntes^{23,47,51,53-55}, cujas regras utilizadas intensificaram a desigualdade no sistema, além de não guardar

necessariamente conexão com fatores epidemiológicos ou sociais^{17,55-57}.

O aumento dos gastos da União vem acompanhado por controvérsias. No Orçamento de Guerra, a União concentra recursos e poder de decisão sobre as ações, gerando marcada assimetria de poder com os entes subnacionais. Há também foco exacerbado na atuação do Banco Central, segundo um conjunto de regras que privilegiam número limitado e elitizado de empresas, sem aporte significativo de recursos no setor produtivo nacional, o qual possui maior distribuição geográfica e volume, tanto em número de empresas como de consumidores. E, o relaxamento das normas legais, sem a garantia de transparência das fontes e motivações das ações, pode abrir margem para o exercício da corrupção^{54,56-58}. Ademais, para o recebimento de auxílio financeiro emergencial da União a estados e municípios, foi exigida a suspensão do aumento salarial de servidores públicos até dezembro de 2021. Houve, porém, o reconhecimento do papel crucial de algumas áreas durante a pandemia, excluindo-se do congelamento os servidores da saúde, segurança pública e forças armadas^{56,59}.

O quadro atual é, sim, formado por novos problemas, somados a desafios antigos, em meio a contextos político e econômico favoráveis às necessidades do mercado capitalista e neoliberal. É notória a historicidade do posicionamento nacional na valorização do mercado exterior (preocupação com superávit primário, metas da inflação etc.), além da manutenção das relações de poder e concentração de renda em pequenos grupos populacionais⁶⁰. Difere, porém, que não somente foram expostas, as fragilidades do SUS, estimulando a discussão (nacional e internacional) quanto aos desmontes paulatinamente engendrados, principalmente pela esfera nacional, como também, forçosamente, foi necessário reconhecer a vitalidade da existência do SUS^{17,48,50,52,59}.

São os sistemas públicos de saúde com caráter universal, aqueles com melhor potencial de resposta ágil a pandemias, devido a uma maior distribuição no território e no acesso da população aos serviços de saúde, além

da capacidade de articulação de ações entre entes federativos^{45,46,59}.

3 CONCLUSÃO

Os debates que antecederam a CF 1988 em torno da saúde pública brasileira foram provocados pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), marcados na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um ponto importante para o debate do SUS e sua introdução na Constituição. Contudo, é possível observar que no contexto da sustentabilidade financeira do SUS nunca houve de fato uma política que promovesse a necessária segurança e estabilidade orçamentária para que o sistema pudesse se desenvolver de forma plena. Dessa forma, comparado a outros países que possuem um sistema de saúde semelhante ao brasileiro, é nítido o baixo investimento em saúde.

Nesse sentido, o subfinanciamento demonstra ser um problema que tende a se cristalizar dentro do quadro nacional de prioridades para o SUS. Não é possível conceber um sistema que se apresente como universal, com mecanismos de contenção orçamentária que impossibilitem a expansão ao acesso a serviços públicos de saúde e que não retratem a realidade brasileira e sua vasta diversidade populacional e territorial. É preciso salientar que este quadro de subfinanciamento se agrava ainda mais em termos de ações políticas, uma vez que, atualmente, o país vivencia uma crise orgânica e são postos em prática mecanismos de ordem constitucional que diminuem gastos nas áreas públicas. O desafio quanto à manutenção e desenvolvimento do SUS está posto e aparente. Parece-nos indispensável à sustentabilidade do SUS:

- a) o financiamento adequado das ações e serviços públicos de saúde, adequado à magnitude de sistemas universais, pois a manutenção da EC n. 95/2016 é incompatível com a proposta de ofertar saúde pública de qualidade;
- b) a eliminação da interdependência nociva, com o fim da duplicidade de oferta, entre setor público e privado, fazendo jus ao nome do Sistema “Único” de Saúde; e

c) elaboração de política nacional de financiamento da saúde em concordância com a ordem de necessidades de gastos dos programas e políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gomes FBC. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*. 2014; 38: 6-17.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779): 1778-97.
3. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(4): e000829.
4. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Cien Saude Colet*. 2018; 23: 2303-14.
5. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*. 2016; 10(3): 28.
6. Pavani J. O Ensaio como Gênero Textual. V Simpósio Internacional de Estudos de Gêneros Textuais: O ensino em foco. Caxias do Sul: Ago. 2009.
7. Soares SV, Picolli IRA, Casagrande JL. Pesquisa bibliográfica, pesquisa bibliométrica, artigo de revisão e ensaio teórico em administração e contabilidade. *Administração: ensino e pesquisa*. 2018; 19(2): 1-19.
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem [online]*. 2007; 20(2): v-vi.
9. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud. Av.* 2018; 32(92): 47-61.
10. Malta DC, Silva Junior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025:

uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013; 22(1): 151-64.

11. Ocké-Reis CO. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. *Saúde Debate*. 2017; 41(113): 365-71.

12. Santos NR. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. *Saúde em Debate* 2017; 41(113):353-364.

13. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saude Soc*. 2017; 26(2): 329-35.

14. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(3): 507-19.

15. Rodrigues PHA. Desafios políticos para consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2014; 21(1): 37-59.

16. Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

17. Godoy Vieira A, Mendes Áquilas, Carnut L. Economia brasileira e saúde: percepção de alunos de saúde pública sobre as contrarreformas e seus efeitos no sistema único de saúde (SUS) a partir de um processo de educação emancipatória. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019;11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/901>

18. Giovanella, L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ADCA, Rosa MCD, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Cien Saude Colet*. 2018; 23: 1763-76.

19. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saude Soc*. 2013; 22(4): 987-93.

20. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet*. 2007;12: 1851-64.

21. da Silva AC, Batista JHS, Santos WCM. Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos; 27-29 out 2017; Maceió/AL.
22. Noronha JCD, Noronha GSD, Pereira TR, Costa AM. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. Cienc Saude Colet. 2018; 23(6): 2051-59.
23. Ocké-Reis CO. Gasto privado em saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2015; 31: 1351-3.
24. Vieira FS, Sá RP. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. 2016; 10(3): 28.
25. Vieira FS, Benevides RPS. Nota Técnica nº 28: Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2016.
26. Jaccoud L, Vieira FS. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Brasília: Ipea, 2018.
27. Mendes A, Marques R. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2014; 38(103): 900-16
28. Fattorelli ML. Explicação sobre o gráfico do orçamento elaborado pela auditoria cidadã da dívida [internet]. Auditoria Cidadã; 2016 [publicado em 28 out 2016; acesso em 19 ago 2018]. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cidada-da-divida/>
29. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2016. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2015.
30. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2017. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2016.

31. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2018. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2017.
32. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2019. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2018.
33. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2020. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2019.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Famílias gastam 36% mais por pessoa com saúde que o governo [internet]. Agência de Notícias do IBGE, 2017 [publicado em 20 dez 2017; acesso em 14 out 2021]. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/18917-conta-satelite-de-saude-noticia.html>
35. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [internet]. WHO; 2018 [atualizado em 14 nov 2021; acesso em 14 nov 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
36. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Cien Saude Colet. 2019; 24(12): 4405-4415.
37. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. Cien Saude Colet. 2017; 22: 953-63.
38. Garcia LP, Ocké-Reis CO, Magalhães LCGD, Sant'Anna AC, Freitas LRSD. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Cien Saude Colet. 2015; 20: 1425-34.
39. Bahia L, Scheffer M, Poz MD, Travassos C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de

crise política e econômica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016; 32: e00184516.

40. Amorim DA, Mendes Áquilas N. Financiamento federal da atenção primária à saúde no sistema único de saúde (SUS): Uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019;11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/845>
41. Marques, TS, Matos FL. Crise e vulnerabilidade social: uma leitura territorial. In: *Geografia, paisagem e riscos: livro de homenagem ao Prof. Doutor António Pedrosa*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016.
42. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; 28(2): 127-131.
43. Jordão NM, Freitas C, García Ramírez M. Efeitos da crise económica e das políticas de austeridade na saúde e no acesso aos cuidados de saúde da população migrante em países do sul da Europa: revisão scoping. *REMHU, Rev Interdiscip Mobil Hum*. 2018; 26(54): 213-30.
44. Kronbichler A, Effenberger M, Eisenhut M, Lee KH, Shin JI. Seven recommendations to rescue the patients and reduce the mortality from COVID-19 infection: An immunological point of view. *Autoimmun Rev*. 2020;19(7): 102570.
45. Ferreira CF, Dias GN, Franciscon IN, Oliveira TQ. Pandemias em um mundo globalizado: desafios para o acesso universal à saúde. In: CÂNDIDO, Débora Antônia Lobato et al. (Org.). *Justiça Enquanto Responsabilidade: o potencial transformador dos agentes no mundo contemporâneo*. Brasília: UNB, 2014.
46. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020; 35: 101613.
47. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 85 [internet]. WHO; 2020 [atualizado em 14 abr 2020; acesso em 14 nov 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/202004>

[14-sitrep-85-covid-19.pdf](#).

48. Abreu LC. Integrated actions and strengthening of Public Health System in Brazil in a time of pandemic. *J Hum Growth Dev*. 2020; 30(1): 05-08.
49. Freitas ARR, Napimoga M, Donalisio MR. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiol Serv Saude* [online]. 2020; 29(2): e2020119.
50. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saude* [online], 2020; 29(2): e2020044.
51. Nahas TC, Martinez L. Considerações sobre as medidas adotadas pelo Brasil para solucionar os impactos da pandemia do COVID-19 sobre os contratos de trabalho e no campo da Seguridade Social e da de prevenção de riscos laborais. *Noticias CIELO*. 2020: 10.
52. Abrasco. Uma Carta de Esperança no Futuro – 4º CBPPGS [internet]. São Paulo: Abrasco; 2021 [atualizado em 26 mar 2020; acesso em: 06 out 2021]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/uma-carta-de-esperanca-no-futuro-4o-cbppgs/57421/>
53. Zanetta BL, Carnut L. Metodologias para alocação equitativa de recursos federais a estados e municípios ao redor do mundo: uma revisão integrativa – primeiros resultados. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019; 11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/793>
54. de Albuquerque Maranhão R, Senhoras EM. Orçamento de guerra no enfrentamento à covid-19: entre manobras parlamentares e batalhas políticas. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*. 2020; 2(6): 113-32.
55. Vaz GDA, Bulgareli JV, Carnut L. Uma análise a literatura científica sobre acesso ao serviço de saúde no sistema único de saúde (SUS): uma revisão sistematizada. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2019;11 [citado 26º de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/813>

56. Senado Federal. Aprovado congelamento de salários do setor público; saúde e segurança ficam de fora. Agência Senado [internet]. Brasília: Senado Federal; 2020 [atualizado em 03 mai 2020; acesso em 20 de jun 2020]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/03/aprovado-congelamento-de-salario-do-setor-publico-saude-e-seguranca-ficam-de-fora>
57. Fernandes, Gustavo Andrey de Almeida Lopes e Pereira, Blenda Leite Saturninos desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. Revista de Administração Pública [online]. 2020, v. 54, n. 4 [Acessado 26 Abril 2022] , pp. 595-613. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>> <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290x>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1982-3134. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>.
58. Servo, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. Saúde em Debate [online]. 2020, v. 44, n. spe4 [Acessado 26 Abril 2022] , pp. 114-129. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>.
59. Pereira GO. Ataque aos servidores públicos sob o COVID-19: orçamento de pessoal em questão. In: MOREIRA, Elaine et al. (org.). Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social; 2020.
60. Machado FG, Mendes AN, Carnut L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. Saúde Debate. 2018; 42: 354-63

