

ISSN: 1982-8829, 2019. VOL. 19, N.01. PUBLICADO EM 2026

# TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Foto: Radilson Carlos Gomes

VOL 19  
N° 01



EDITORAS  
LUANA DIAS DA COSTA  
JOSIVÂNIA SILVA FARIAS NATÁLIA  
FERNANDES DE ANDRADES

Em destaque:

DESINFORMAÇÃO EM  
SAÚDE E  
LETRAMENTO  
DIGITAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA

SAÚDE MENTAL,  
VULNERABILIDADES  
SOCIAIS E REDES DE  
CUIDADO

POLÍTICAS, GESTÃO  
E FORMAÇÃO PARA  
O FORTALECIMENTO  
DO SUS



© 2026 Editora ECoS

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

### Coordenação Institucional

Editora ECoS, vinculada ao Laboratório ECoS (Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB)

### Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva

### Foto da Capa

Radilson Carlos Gomes

### Arte da Capa

Luna Cristine Nunes da Silva

### Revisão

Elmira L. M. S. Simeão

Mônica Peres

Luana Dias da Costa

### Normalização e Montagem

Catharina Farias Lima

Eduarda Pereira de Sousa

Luísa Almeida Pereira

Luna Cristine Nunes da Silva

Marina Dallazem de Abreu

### Organização Editorial

Laís R. O. Normando

### Diagramação e Publicação

Catharina Farias Lima

Eduarda Pereira de Sousa

Luísa Almeida Pereira

Luna Cristine Nunes da Silva

Marina Dallazem de Abreu

Mônica Peres

### Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão

Mônica Peres

Tempus Actas em Saúde Coletiva:

E-mail: [revistatempusactas@gmail.com](mailto:revistatempusactas@gmail.com)

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/about>

---

## Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça; Elmira L. M. S. Simeão - v. 19, n.01. - Brasília : Editora Ecos, 2026. / Organizadores Elmira L. M. S. Simeão; Mônica Peres; Luana Dias da Costa.

Trimestral

Obra publicada em 2025 para atualização da coleção ISSN 1982-8829

1. Desinformação em saúde e letramento digital na Atenção Primária 2. Saúde mental, vulnerabilidades sociais e redes de cuidado 3. Políticas, gestão e formação para o fortalecimento do SUS 4. Ciência da Informação e Saúde - Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

---

CDU 614(051)(817.4)



## **CONSELHO EDITORIAL**

### **Coordenação Editorial**

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva, *Universidade de Brasília, Brasil*

Elmira Luzia Melo Soares Simeão, *Universidade de Brasília, Brasil*

### **Editores Assistentes**

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Mônica Regina Peres, *Universidade de Brasília, Brasil*

Antonio Sergio de Freitas Ferreira, *Universidade de Brasília, Brasil*

### **Conselho Consultivo**

Maria Cecília Minayo, *Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro, Brasil*

Maria Fátima de Sousa, *Universidade de Brasília, Brasil*

Margareth S. Zanchetta, *Toronto Metropolitan University*

### **Comissão Científica - Editores Associados**

Andréia Maria Araújo Drummond, *Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*

Fernando Ferreira Carneiro, *Fundação Oswaldo Cruz/Ceará, Brasil*

Jeferson Santos Araújo, *Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil*

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Josivania Silva Farias, *Universidade de Brasília, Brasil*

Katarinne Lima Moraes, *Universidade de Brasília, Brasil*

Lise Renaud, *Université du Québec à Montréal, Canadá*

Maria Célia Delduque, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Maria da Glória Lima, *Universidade de Brasília, Brasil*

Mariella Silva de Oliveira-Costa, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Miguel Ângelo Montagner, *Universidade de Brasília, Brasil*

Natalia Fernandes de Andrade, *Universidade de Brasília, Brasil*

Soraya Resende Fleischer, *Universidade de Brasília, Brasil*

Wania Ribeiro Fernandes, *Universidade Federal do Amazonas, Brasil*

Ximena Pamela Díaz Bermúdez, *Universidade de Brasília, Brasil*

## Sumário

### **EIXO 1 – POLÍTICAS, GESTÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE**

1. **Análise do financiamento de pesquisas pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, no período de 2009 a 2014**  
*Moraes et al.*
2. **Residências Integradas e Multiprofissionais e a Saúde Coletiva: quais os possíveis diálogos?**  
*Maranhão et al.*
3. **A Educação Permanente em Saúde como estratégia de apoio a profissionais: uma possibilidade de atuação do Bacharel em Saúde Coletiva**  
*de Souza et al.*

### **EIXO 2 – TRABALHO, INFORMAÇÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE**

5. **As interferências do processo de trabalho na vida dos agentes comunitários de saúde**  
*de Souza et al.*
6. **Letramento digital em saúde como estratégia de enfrentamento à desinformação na atenção básica à saúde**  
*da Rocha Silva et al.*
7. **O monitoramento de gestantes no âmbito da Atenção Primária e o impacto sobre os indicadores de saúde**  
*Pinheiro et al.*

### **EIXO 3 – POPULAÇÕES ESTRATÉGICAS E VULNERABILIDADE SOCIAL**

8. **Ações Públicas de Saúde para a População em Situação de Rua: itinerário de pesquisa e características gerais da amostra**  
*Patrício et al.*
9. **Resiliência na viuvez: estratégias de enfrentamento e a rede de apoio ao idoso no luto conjugal**  
*Cristina de Prado Pilger et al.*
10. **Grupo de ajuda e suporte mútuos: autonomia e cuidado em saúde mental no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil**  
*Matta et al.*
11. **Impacto das infecções por coronavírus na saúde mental dos(as) enfermeiros(as) latino-americanos: revisão de literatura**  
*Baleeiro dos Santos et al.*

12. **Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem: estudo transversal em um hospital filantrópico na Zona da Mata Mineira**  
*Da Silva et al.*
13. **Fatores associados à mortalidade por suicídio de agentes das forças de segurança pública: uma revisão integrativa**  
*Aparecida dos Santos Leal et al.*

#### **EIXO 4 – DOENÇAS, AGRAVOS E SISTEMAS DE CUIDADO**

14. **Tuberculose Drogarresistente no estado de Pernambuco: características sociodemográficas e clínicas**  
*Ribeiro et al.*
15. **Síndrome Mão-Pé-Boca: análise de surto em unidades escolares de Itapuranga, Goiás, 2023**  
*Sousa Vilela Bernardes et al.*
16. **Inconsistências de práticas terapêuticas ambulatoriais do SUS no tratamento de doenças exsudativas da retina**  
*Raffin Moura et al.*
17. **Multicausalidade da obesidade infantil e políticas públicas: estudo de revisão integrativa**  
*Gomes et al.*

## Editorial

Luana Dias da Costa  
Josivania Silva Farias  
Natália Fernandes de Andrades

Este fascículo reúne estudos que refletem a diversidade temática e a relevância social da Saúde Coletiva, apresentando contribuições que dialogam com desafios contemporâneos do Sistema Único de Saúde (SUS), da gestão em saúde, da formação profissional e do cuidado às populações.

Os artigos abordam temas estratégicos para o fortalecimento das políticas públicas, incluindo financiamento da pesquisa em saúde, regionalização, educação permanente e formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS. Também são discutidos os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde, com destaque para a atuação dos agentes comunitários de saúde, o monitoramento de gestantes e o letramento digital em saúde como ferramenta para o enfrentamento da desinformação.

Outro conjunto de trabalhos amplia o debate sobre vulnerabilidades sociais, saúde mental e qualidade de vida, abordando a população em situação de rua, o luto na velhice, os impactos da pandemia de Covid-19, o suporte mútuo em saúde mental, a saúde dos profissionais de enfermagem e fatores associados ao suicídio entre agentes das forças de segurança pública.

O fascículo contempla ainda estudos voltados para a vigilância em saúde e o cuidado de agravos específicos, discutindo temas como tuberculose drogarresistente, surtos de síndrome mão-pé-boca, práticas terapêuticas no SUS e obesidade infantil.

Em conjunto, os artigos reafirmam a importância da produção científica comprometida com a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira, contribuindo para a qualificação das práticas profissionais, para a tomada de decisão baseada em evidências e para o fortalecimento do SUS como política pública essencial à garantia do direito à saúde.

Desejamos a todas e todos uma excelente leitura.

# **Análise do financiamento de pesquisas pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, no período de 2009 a 2014**

*Analysis of research funding by the SUS Institutional Development Support Program, from 2009 to 2014*

*Análisis del financiamiento de investigaciones por el Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del SUS, en el período de 2009 a 2014*

**Luciana Hentzy Moraes<sup>1</sup>  
Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ministério da Saúde

<sup>2</sup> Universidade Federal de Brasília (UnB)

## **RESUMO**

Este estudo teve como propósito descrever as pesquisas fomentadas no Decit, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, no período de 2009 a 2014. Utilizou-se como fonte registros institucionais de acompanhamento de projetos e relatórios de prestação de contas. Foram identificadas 46 pesquisas em 12 áreas de especialidade, distribuídas em cinco delineamentos de estudos. O estudo mostrou maior investimento de recursos em cardiologia e oncologia, confirmando a preocupação com o avanço das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Observa-se a necessidade de construção de indicadores que permitam avaliar o uso e a incorporação dos resultados das pesquisas no sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Pesquisa. Financiamento da pesquisa. Sistemas de Saúde. Política pública.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study was to describe the research promoted in Decit, through the Program of Support to Institutional Development of SUS, from 2009 to 2014. 46 studies were identified in 12 areas of specialty, distributed in five study designs. The institutional records of projects follow up and account reports were the source of informations. The study showed a greater investment of resources in cardiology and oncology, confirming the concern with the advancement of chronic noncommunicable diseases in Brazil. It is necessary to construct

indicators that allow to evaluate the use and the incorporation of the results of the studies in the health system.

**Keywords:** Research. Research Financing. Research. Health Systems. Public Policy.

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito describir las investigaciones fomentadas en el Decit, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del SUS, en el período de 2009 a 2014. Se utilizó como fuente registros institucionales de seguimiento de proyectos e informes de rendición de cuentas. Se identificaron 46 investigaciones en 12 áreas de especialidad, distribuidas en cinco delineamientos de investigación. Se observó mayor inversión de recursos en cardiología y oncología, confirmando la preocupación por el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles en Brasil. Se observa la necesidad de construir indicadores que permitan evaluar el uso y la incorporación de los resultados de las investigaciones en el sistema de salud.

**Palabras clave:** Investigación. Financiación de la investigación. Sistemas de Salud.

## 1 INTRODUÇÃO

Políticas de fomento à pesquisa em saúde são fundamentais para o desenvolvimento econômico e social do país. Entende-se que a pesquisa é a base da inovação, da geração de riqueza e de que seus resultados podem contribuir para o crescimento do país e melhoria da qualidade de vida da população<sup>1</sup>.

No Brasil, o incentivo à pesquisa consta na Lei Orgânica da Saúde e na Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS). O sistema nacional de pesquisa em saúde tem avançado e se fortalecido nos últimos anos, buscando produzir novos conhecimentos, práticas e tecnologias. Contudo, assim como ocorre em outros países, o fomento à pesquisa é um desafio, pois as demandas crescentes por estudos, nas mais diversas áreas, concorrem entre si por financiamento. Este, por sua vez, é escasso, limitado e, de modo geral, condicionado à capacidade estatal<sup>2</sup>.

Neste contexto, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), atua no cumprimento da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e financia pesquisas a partir das definições estabelecidas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS)<sup>3</sup>.

No DECIT, o investimento em pesquisas ocorre nas modalidades de fomento nacional (em parceria com Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq e

Fundações de Amparo à Pesquisa-FAP), fomento descentralizado (via Programa de Pesquisa para o SUS- PPSUS), contratações diretas e por meio de programas de isenção fiscal. O incentivo à pesquisa por meio da isenção fiscal consolidou-se como prática e institucionalizou a parceria entre o Estado e o terceiro setor no campo da pesquisa, possibilitando que hospitais filantrópicos atuem, além da assistência, realizando pesquisas de interesse em saúde<sup>3,4</sup>.

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS-PROADI foi instituído em 2009, com o propósito de qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS), através da execução de projetos de apoio em quatro áreas de atuação: Estudos e avaliação e Incorporação de tecnologia em saúde; Capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; Desenvolvimento de técnicas e operações de gestão em serviços de saúde. O programa opera por ciclos de três anos (triênios) e prevê que hospitais privados, filantrópicos, certificados como instituições de reconhecida excelência executem projetos de apoio ao desenvolvimento do SUS, em troca de isenções fiscais (contribuições sociais). Trata-se de uma modalidade de fomento estatal na qual o governo concede a renúncia fiscal às instituições (hospitais de excelência), permitindo que este recurso seja aplicado diretamente em projetos de apoio ao SUS. Portanto, o PROADI representa um ganho significativo no aporte de recursos no campo da pesquisa em saúde<sup>5</sup>.

Entende-se que os investimentos em pesquisas, quando articulados a ações que favoreçam a apropriação e o uso de conhecimentos científicos, práticas e tecnologias, na tomada de decisão, na elaboração de políticas e em mudanças nas práticas clínicas profissionais, podem efetivamente contribuir para o aprimoramento do sistema de saúde.

Desde de 2009, o Ministério da Saúde apoia e acompanha os projetos de pesquisa realizados pelo PROADI. Dada a escassez de publicações sobre o tema e considerando o investimento público, na execução desses projetos, é fundamental conhecer o perfil das pesquisas desenvolvidas pelo PROADI, no âmbito do DECIT. Essas informações podem contribuir para a avaliação e o aprimoramento das políticas de fomento à pesquisa em saúde<sup>6</sup>.

Este artigo tem como objetivo realizar uma análise dos projetos de pesquisa financiados pelo PROADI, no DECIT, no período de 2009 a 2014.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo sobre o financiamento de pesquisas executadas por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS- PROADI, no DECIT/MS, no período de 2009 a 2014.

Utilizou-se como fonte de informações, registros (planilhas) de acompanhamento de projetos do DECIT/MS e relatórios de prestação de contas apresentados pelos hospitais de excelência. Para a execução do estudo, foi solicitada autorização de acesso aos processos arquivados no Departamento. Realizou-se um levantamento dos projetos executados em dois triênios finalizados do programa (2009 a 2011) e (2012 a 2014). Os dados foram coletados, por consulta direta, aos processos arquivados no Ministério da Saúde.

Em cada projeto, aplicou-se questionário de coleta com as seguintes variáveis: 1) recursos financeiros aprovados e executados, 2) instituição executora da pesquisa, 3) áreas de especialidade, 4) desenhos de estudo, 5) áreas de atuação dos projetos

A variável recursos financeiros considerou os valores aprovados para a execução da pesquisa e os recursos gastos durante o período. A variável instituição executora da pesquisa foi definida pela identificação dos hospitais de excelência participantes do PROADI e a variável área de especialidade baseou-se em lista de especialidades médicas, estabelecidas pela Resolução CFM nº 2.149/2016. Nos projetos em que não foram identificadas especialidades, para fins de classificação, foram considerados os títulos, objetivos e áreas gerais indicadas nos formulários de submissão de projetos. A variável desenho de estudo considerou as tipologias de estudos epidemiológicos, segundo a posição do investigador (estudos observacionais e de intervenção), enquanto a variável área de atuação dos projetos levou em consideração três das quatro áreas estabelecidas pela Portaria nº 3.276/2007, para a submissão de projetos no programa, entre elas: estudos de avaliação de incorporação de tecnologias em saúde; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operações e gestão de serviços de saúde. A área de capacitação de recursos humanos não foi avaliada neste estudo.

Foram identificados 62 projetos de apoio no período. Destes, 16 foram excluídos, por não se caracterizarem como pesquisa. Portanto, foram objeto de análise desse trabalho 46 projetos de pesquisa.

Foi realizada análise quantitativa das variáveis mencionadas. Para esta etapa, os dados foram tabulados e organizados e utilizou-se o programa *Microsoft Excel*.

As informações e características dos 46 projetos são apresentados em gráficos e tabelas.

### 3 RESULTADOS

No período de 2009 a 2014 foram investidos, por meio de isenção fiscal, R\$ 66.494.000,00 em 46 projetos de pesquisa, conduzidos por seis hospitais de excelência, 5 deles localizados na região sudeste e um na região sul. 20 (43,5%) projetos de pesquisa foram executados no primeiro triênio (2009 a 2011) do programa e 26 (56,5%) no segundo (2012 a 2014).

**Tabela 1 – Comparação entre recursos aprovados e executados nos projetos no período de 2009 a 2014.**

Triênio	Número de projetos	Recursos aprovados (Milhões de reais)	Recursos executados (Milhões de reais)	Diferença (%)
1º	20	23,539	18,716	20,49
2º	26	73,466	47,778	34,97
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>97,005</b>	<b>66,494</b>	<b>31,45</b>

**Fonte:** Brasil Ministério da Saúde, Relatórios de prestação de contas dos projetos do PROADI no período de 2009 a 2014

Pela análise dos títulos e objetivos dos 46 projetos, foram identificadas doze áreas de especialidades. Considerando o volume de recursos investidos e as 12 áreas de especialidades, verificou-se maior investimento em pesquisas na área de cardiologia e oncologia, que juntas totalizaram 63,8% (R\$42.4 milhões) do investimento total do período. 36,2% dos recursos foram distribuídos nas demais áreas.

**Tabela 2 – Percentual de investimento segundo as áreas de especialidades dos projetos executados no período de 2009 a 2014.**

Área de Especialidade	Número de projetos	Investimento (Milhões de reais)
Cardiologia	23	25,343 (38,1 %)
Nefrologia	3	1,823 (2,7 %)
Neurologia	2	6,762 (10,2 %)

Oncologia	9	17,098	(25,7 %)
Medicina intensiva	1	2,116	(3,2 %)
Endocrinologia	2	3,498	(5,3 %)
Saúde mental	1	1,813	(2,7 %)
Saneamento básico	1	0,295	(0,4 %)
Análise sócio territorial	1	0,561	(0,8 %)
Terapia celular	1	6,330	(9,5 %)
Hematologia	1	0,557	(0,8 %)
Assistência farmacêutica	1	0,295	(0,4 %)
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>66,494</b>	<b>(100 %)</b>

**Fonte:** Brasil Ministério da Saúde, Relatórios de prestação de contas dos projetos do PROADI no período de 2009 a 2014

Nos 46 projetos foram identificados cinco diferentes delineamentos de estudos. Em relação à distribuição de recursos conforme tipologias de estudos, observou-se maior frequência de ensaios clínicos, que no período totalizaram 60,2% do investimento total aplicado nos projetos, seguidos dos estudos de coorte com 27,1% dos recursos totais. Os estudos de caso controle e do tipo ecológico foram os de menor investimento no período.

**Tabela 3– Percentual de investimento, conforme desenho de estudo dos projetos executados no período de 2009 a 2014.**

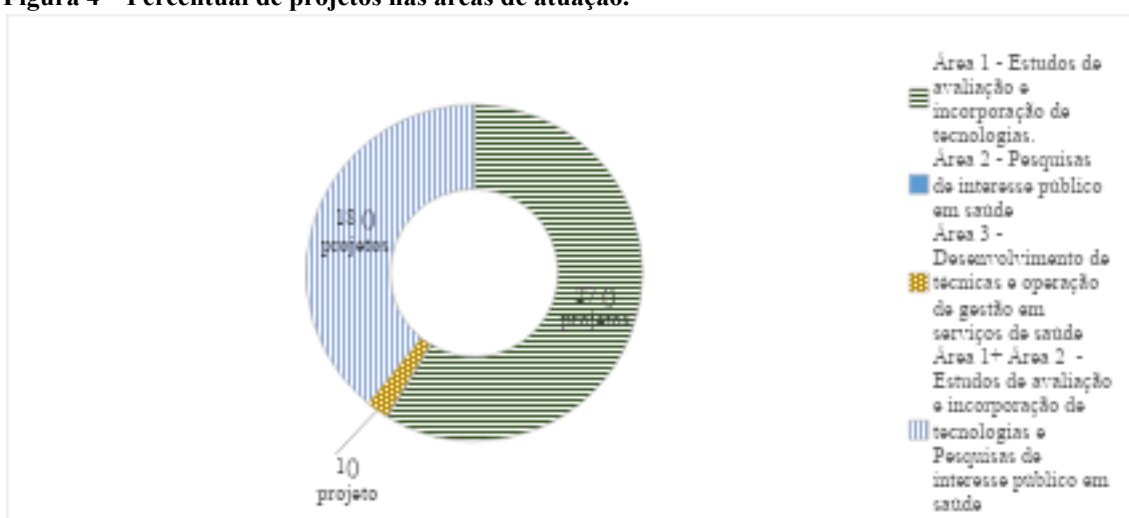
Desenho de estudo	Número de projetos	Investimento (milhões de reais)	
1- Ensaio clínico	25	40,033	(60,2 %)
2- Coorte	12	18,043	(27,1 %)
3- Caso controle	1	1,278	(1,9 %)
4- Transversal	6	6,284	(9,5 %)
5- Ecológico	2	0,856	(1,3 %)
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>66,494</b>	<b>(100 %)</b>

**Fonte:** Brasil Ministério da Saúde, Relatórios de prestação de contas dos projetos do PROADI no período de 2009 a 2014

No tocante às áreas de atuação estabelecidas pelo PROADI, verificou-se maior concentração de estudos de avaliação e incorporação de tecnologia em saúde, associados a pesquisas de interesse público em saúde (figura 4). A área de pesquisa de interesse público em

saúde não foi identificada de forma isolada nos projetos. No período, apenas um projeto de pesquisa foi realizado na área de desenvolvimento de técnicas e operações de gestão em serviços de saúde.

**Figura 4 – Percentual de projetos nas áreas de atuação.**



**Fonte:** Brasil Ministério da Saúde, Relatórios de prestação de contas dos projetos do PROADI no período de 2009 a 2014.

## 4 DISCUSSÃO

A significativa concentração de recursos (R\$42.4 milhões) destinados a projetos nas áreas de cardiologia e oncologia esteve presente ao longo dos dois períodos de execução do programa. Esse fato reflete a preocupação com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no cenário de transição epidemiológica vivenciado no Brasil. As DCNT ocupam posição de destaque entre as principais causas de morbimortalidade no país, sendo responsáveis por aproximadamente 73% dos óbitos no ano de 2010. Dados de 1998 apontaram as DNCT, entre elas, as doenças cardiovasculares e o câncer como responsáveis pela maior carga de doença, contribuindo para 59% de anos perdidos por morte prematura

(*Years of Life Lost-YLL*) no Brasil, 74% de anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability-YDL*)<sup>7,8</sup>.

Evidências relacionam o adoecimento por DCNT a fatores multivariados e complexos que envolvem o cotidiano dos sujeitos, seus hábitos e comportamentos. A crescente urbanização e o desenvolvimento econômico também influenciam hábitos e consumos que contribuem para o aumento do risco ao desenvolvimento de DCNT. Com isso, o avanço dessas doenças impacta a economia, pelo comprometimento da força laboral, diminuição da renda das famílias, e dos altos custos ao sistema de saúde, decorrentes de internações que esses agravos podem acarretar. As doenças cardiovasculares e neoplasias são responsáveis pelas altas taxas de internações hospitalares e elevados custos de tratamento<sup>9</sup>.

O enfrentamento das DCNT é um desafio para o país, e requer conhecimento sobre os múltiplos fatores envolvidos no processo de adoecimento, ações que visem minimizar o risco da doença e intervenções custo efetivas aos sistemas de saúde, capazes de minimizar a carga da doença. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, prevê ações sustentáveis e baseadas em evidências científicas que possam contribuir para a prevenção e o controle das DCNT<sup>10</sup>.

O fomento à pesquisa, seja por meio de editais nacionais, fomento descentralizado e por meio de programas de isenção fiscal tem contribuído para produção crescente de evidências científicas, mostrando que ao longo dos anos o Brasil vem aumentando sua capacidade para desenvolver estudos clínicos, epidemiológicos, em linhas temáticas de relevância para a saúde. Com isso, nas últimas duas décadas, o Brasil se destacou como o país de maior na produção científica em doenças cardiovasculares na América Latina<sup>11</sup>.

No que diz respeito aos delineamentos de estudos presentes nas pesquisas fomentadas de 2009 a 2014, verificou-se que a predominância de ensaios clínicos indica uma tendência ao financiamento de estudos que avaliam métodos e estratégias terapêuticas que, futuramente, podem subsidiar registros de novos produtos e incorporação de tecnologias mais custo efetivas ao SUS. São ações que apoiam a política de assistência farmacêutica e a de ciência e tecnologia<sup>12</sup>.

A lógica dos ensaios clínicos mostra que esse tipo de pesquisa gera conhecimentos com uma dinâmica própria e diferenciada dos demais delineamentos, contando com etapas prévias que geralmente, envolvem a pesquisa básica e a pesquisa pré-clínica, além de etapas subsequentes a depender da fase do estudo (fases I, II, III, IV). Há que se considerar também,

que sob o ponto de vista de impacto na sociedade, os resultados negativos de pesquisas, em princípio, não geram benefícios diretos. Por outro lado, no contexto da produção de evidências contribuem para a ciência e direcionam estudos em áreas ainda pouco exploradas<sup>13</sup>.

A reduzida proporção de estudos transversais (de prevalência) indicou que o financiamento se concentrou em investigações clínicas em detrimento das de base populacional e de grupos específicos. Este fato possivelmente relaciona-se à existência de outras modalidades de fomento praticadas no Decit e que contemplam estudos voltados às necessidades locais dos estados, a exemplo do PPSUS, e dos editais nacionais em parcerias com o CNPq. Por outro lado, a assistência prestada na média e alta complexidade no âmbito dos hospitais de excelência, pode favorecer a condução de estudos clínicos que envolvem maior densidade tecnológica e intervenções complexas<sup>3</sup>.

Políticas de fomento direcionadas às necessidades do SUS são fundamentais, pois induzem a produção de conhecimento que potencialmente pode ser utilizado para subsidiar a elaboração de políticas e a incorporação de novas tecnologias ao sistema. Entende-se que um dos propósitos da pesquisa é gerar evidências que respondam às necessidades do sistema de saúde<sup>6</sup>.

Nos últimos anos, têm crescido a preocupação com o uso dos resultados de pesquisas na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde. Entende-se que a apropriação do conhecimento científico na política e na prática clínica pode contribuir para melhorar o desempenho do sistema de saúde. Contudo esse ainda é um dos desafios enfrentados pela maioria dos sistemas de saúde. Estratégias que visam aproximar academia e gestão têm sido vistas como ações importantes que podem favorecer e influenciar o uso de evidências na prática da política<sup>14</sup>.

Estudos, que entrevistaram pesquisadores sobre o uso de evidências em políticas de saúde, mostraram que a maioria deles identifica e reconhece que os achados e resultados de suas pesquisas têm implicações na política. Contudo, os mecanismos de tradução e disseminação desses resultados, na forma de sumários e sínteses explícitas com recomendações para a política ainda são reduzidos. Os artigos científicos ainda permanecem como o principal meio de disseminação dos resultados. Fatores como os mecanismos e regras de avaliação da produtividade acadêmica, que em geral exigem um volume de produção científica anual como requisito para progressão nas carreiras universitárias, além da dedicação

aos programas de pós-graduação, são atividades que orientam o reconhecimento acadêmico e a priorização de atividades de pesquisa<sup>15</sup>.

Ações que busquem integrar e aproximar os pesquisadores e a gestão, na fase de discussão e elaboração das prioridades de pesquisa, no acompanhamento e na entrega dos resultados podem aumentar as chances de que os resultados da pesquisa sejam efetivamente utilizados pelo sistema de saúde<sup>16</sup>.

Ao longo dos oito primeiros anos do programa evidenciou-se o predomínio de pesquisas de avaliação de tecnologias em saúde em cardiologia e oncologia. Observa-se que é necessário a construção de estratégias para disseminação dos resultados para a gestão e à sociedade. A tradução das evidências de científicas em linguagem apropriada e acessível a diferentes públicos, a disponibilização das informações de pesquisa em repositório público, a exemplo da plataforma pesquisa saúde, e a articulação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde, podem favorecer a disseminação e o uso dos resultados, além do controle social<sup>17</sup>.

Uma das limitações deste estudo relaciona-se ao fato de que dados e informações não estavam sistematizados, o que dificultou a coleta e localização de alguns projetos no Departamento. Dados e informações coletadas podem envolver viés de informação.

## **5 CONCLUSÃO**

O incentivo à pesquisa por meio do PROADI evidenciou o empenho político e governamental na consolidação de uma parceria público privada, que agregou recursos importantes para a realização de pesquisas de interesse do SUS. Este estudo, permitiu mapeamento das pesquisas realizadas no período de oito anos pelo PROADI, no Decit, e mostrou em que áreas houve maior priorização de investimento, indicando também os delineamentos de estudos mais frequentes.

Contudo, permanece o desafio quanto à avaliação, o uso e a incorporação das evidências decorrentes dessas pesquisas no sistema de saúde. É importante a construção de indicadores e medidas que permitam avaliar o quanto e como os conhecimentos e os produtos gerados pelas pesquisas são efetivamente utilizados no sistema de saúde. Estudos na área de avaliação e de impacto das pesquisas são necessários e poderão subsidiar ações que contribuam para a apropriação de produtos e resultados das pesquisas pela gestão, e o aprimoramento do programa.

## REFERÊNCIAS

1. Zucchetti C, Morrone FB. Perfil da Pesquisa Clínica no Brasil. Rev HCPA. 2012;32(3):340–7.
2. Júnior SK, Prince D de. Restrição financeira e financiamento público à inovação no Brasil: Uma análise com base em microdados da PINTEC. Nova Economia. 2015;25(3):553–74.
3. Tenório M, Mello GA, Viana ALD. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(5):1441–54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501441&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501441&lng=pt&tlng=pt)
4. Canabrava CM. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor :caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23 (1):115–26.
5. Brasil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2009. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm)
6. Novaes HMD, Elias FTS. Use of health technology assessment in decision-making processes by the Brazilian Ministry of Health on the incorporation of technologies in the Brazilian Unified National Health System. Cad Saude Publica. 2013;29:S7–16.
7. Schramm JM, Oliveira AF De, Leite IDC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Cien Saude Colet. 2004;9(4):897–908.
8. Guimarães RM, Andrade SSCA, Machado EL, Bahia CA, Oliveira MM, Jacques FVL. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(2):83–9.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saude Publica. 2012;46(Supl):126-34.
10. World Health Organization Diseases N. Noncommunicable Diseases:Progress Monitor 2017. 2017; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>
11. Mesquita T C. International Journal of Cardiovascular Sciences e a Produção Científica em Cardiologia na América Latina. Int J Cardiovasc Sci. 2016;29(3):156–7.

12. Qumental C. Ensaio clínico : capacitação nacional para avaliação de medicamentos e vacinas Clinical Trials : Brazilian capability to. Rev Bras Epidemiol. 2006;9(4):408–24.
13. Ferreira C, Ventura M, Serpa G. Os ensaios clínicos e o registro de anticorpos monoclonais e biomedicamentos oncológicos no Brasil. Pan Am J Public Heal. 2016;39(3):149–56.
14. Angulo-tuesta A, Iturri JA. Processos e desafios da interação entre pesquisa e política na perspectiva dos pesquisadores Processes and challenges of the interaction between research and policy from the perspective of researchers. Ciencia Saude Coletiva. 2017;25(1):7-16.
15. Campbell DM, Redman S, Jorm L, Cooke M, Zwi AB, Rychetnik L. Australia and New Zealand Health Increasing the use of evidence in health policy : practice and views of policy makers and researchers. Biomed Cent. 2009;11:1–11.
16. Dias RISC, Barreto JOM, Vanni T, Cândido AMSC, Moraes LH, Gomes MAR. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Cad Saude Colet. 2015;23(3):316-22.
17. Chambers D, Wilson PM, Thompson CA, Hanbury A, Farley K, Light K. Maximizing the impact of systematic reviews in health care decision making: a systematic scoping review of knowledge-translation resources. Milbank Q. 2011;89(1):131-56.

# **Residências integradas e multiprofissionais e a Saúde Coletiva: quais os possíveis diálogos?**

*Integrated and multi-professional residencies and Public Health: what are the possible dialogues?*

*Residencias integradas y multiprofesionales y Salud Pública: ¿cuáles son los diálogos posibles?*

**Joyce Hilario Maranhão**

**Ana Ester Maria Melo Moreira**

## **RESUMO**

Este artigo analisa a formação em saúde a partir de um programa de residência integrada em saúde em âmbito hospitalar, na ênfase pediatria. O objetivo foi analisar a possibilidade de diálogo entre as Residência Integradas e Multiprofissionais e a Saúde Coletiva. Os objetivos específicos foram: a) compreender o processo de diálogo entre o componente hospitalar da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e os pressupostos da saúde coletiva, por meio do currículo integrado desse programa; b) entender os itinerários pedagógicos dos residentes no campo da saúde coletiva; e c) compreender a dimensão política para a formação dos residentes no campo da saúde coletiva. Esta pesquisa tem o enfoque qualitativo. O processo de coleta de dados ocorreu através da busca do acervo de documentos políticos-pedagógicos da Residência Integrada em Saúde e entrevistas semiestruturadas a atores chaves, quais sejam: coordenadores, tutores, preceptores e residentes. O tratamento e a análise dos dados advindos dos documentos e entrevistas ocorreu através do método de Análise de Conteúdo. Foram seguidas todas as orientações das resoluções de ética de pesquisa com seres humanos com aprovação do comitê de ética em pesquisa. Entende-se que os programas de residência multiprofissional colaboram para o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática no trabalho em saúde, proporcionando uma formação crítica e inventiva, além de contribuir para a construção de práticas em saúde que considerem a determinação da vida e a participação popular no processo saúde-doença e no autocuidado de cada sujeito.

**Palavras-chave:** Saúde coletiva. Internato e residência. Capacitação de recursos humanos em saúde. Pediatria.

## **ABSTRACT**

This article analyzes health human resource training based on an integrated health residency program in a hospital environment, with emphasis on pediatrics. The objective was to analyze

the possibility of dialogue between Integrated and Multiprofessional Residency and public health. The specific objectives were: a) understand the dialogue process between the hospital component of the Integrated Health Residency Program at the Ceará Public Health School and the collective health assumptions, through the integrated curriculum of this program; b) grasp the residents' educational itineraries in the public health field; and c) understand the political dimension for health human resource training in the public health field. This research has a qualitative focus. The data collection process occurred through the search of the collection of pedagogical policy documents and semi-structured interviews with key actors, namely: coordinators, tutors, preceptors and residents. The treatment and analysis of data from documents and interviews took place through the Content Analysis method. All guidelines of the resolutions on research ethics with human beings were followed with approval by the research ethics committee. It is understood that multiprofessional residency programs collaborate in strengthening the relationship between theory and practice in health work, providing a critical and ingenious training, in addition to contributing to devise health practices that consider life determination and popular participation in the health-disease process and in each subject's self-care.

**Keywords:** Public health. Internship and residency. Health human resource training. Pediatrics.

## RESUMEN

Este artículo analiza la capacitación de recursos humanos en salud basada en un programa de residencia integrada en salud dentro del entorno hospitalario, en relación con la pediatría. El estudio tuvo como objetivo analizar la posibilidad de diálogo entre Residencias Integradas y Multiprofesionales y Salud Pública. Los objetivos específicos fueron: a) comprender el proceso de diálogo entre el componente hospitalario del Programa de Residencia Integrada en Salud de la Escuela de Salud Pública de Ceará y los supuestos de la salud pública, a través del currículum integrado de este programa; b) comprender los itinerarios pedagógicos de los residentes en el campo de la salud pública; y c) comprender la dimensión política para la capacitación de recursos humanos en salud en el campo de la salud pública. Esta investigación tiene un enfoque cualitativo. El proceso de recolección de datos se dio a través de la búsqueda de la colección de documentos político-pedagógicos de la Residencia Integrada de Salud y entrevistas semiestructuradas con actores clave, a saber: coordinadores, tutores, preceptores y residentes. El tratamiento y análisis de datos de documentos y entrevistas se realizó mediante el método de Análisis de Contenido. Todos los lineamientos de las resoluciones sobre ética de la investigación con seres humanos fueron seguidos con la aprobación del comité de ética de la investigación. Se entiende que los programas de residencia multiprofesional colaboran para fortalecer la articulación entre la teoría y la práctica en el trabajo de salud, proporcionando una capacitación crítica e inventiva, además de contribuir a diseñar prácticas de salud que consideren la determinación de la vida y la participación popular en el proceso salud-enfermedad y en el autocuidado de cada sujeto.

Se entiende que los programas de residencia multidisciplinaria colaboran para fortalecer la articulación entre teoría y práctica en el trabajo en salud, brindando formación crítica e inventiva, además de contribuir a la construcción de prácticas de salud que consideren la determinación de la vida y la participación popular en la salud-enfermedad. proceso y en el autocuidado de cada sujeto.

**Palabras clave:** Salud pública. Internado y residencia. Capacitación de recursos humanos en salud. Pediatría.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os programas de residência integrada em saúde surgiram sob a perspectiva da educação permanente em saúde, buscando proporcionar uma formação mais comprometida com as necessidades de saúde da população, com diferentes modos de formação, atenção, gestão e participação popular no campo da saúde e com a reflexão crítica diante do paradigma biomédico, com vistas a superar o modelo de atuação por especialidade – individual, curativo e privado<sup>1-4</sup>.

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE) constitui um programa de pós-graduação em serviço cujo objetivo é reorientar a formação em saúde para o campo das necessidades sociais. Com o intuito de acolher as necessidades e realidades regionais no Estado do Ceará, a RIS/ESP-CE adota áreas de concentração denominadas *ênfases curriculares*, quais sejam:

### **I) Ênfases pertencentes ao componente comunitário**

- a) Saúde da Família;
- b) Saúde Mental Coletiva;
- c) Saúde Coletiva.

### **II) Ênfases pertencentes ao componente hospitalar (em parceria com outras instituições executoras em todos os pontos da Rede de Atenção em Saúde)**

- d) Cancerologia;
- e) Cuidado Cardiopulmonar;
- f) Enfermagem Obstétrica;
- g) Infectologia;
- h) Neonatologia;
- i) Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade;
- j) Pediatría;
- k) Urgência e Emergência Hospitalar<sup>5,6</sup>.

Nosso desejo de estudar a possibilidade de diálogo entre a saúde coletiva e as residências multiprofissionais e integradas em saúde emergiu durante a vivência da ênfase pediatria da RIS/ESP-CE, diante das potencialidades, dos limites e dos desafios que a vida impõe ao campo de prática e da reflexão teórica do fazer profissional em saúde, bem como da

própria estruturação das instituições de ensino e das práticas de cuidado em saúde envolvidas no trabalho.

A implicação com o objeto de estudo decorreu da reflexão, da vivência e da atuação das autoras no campo da infância, da educação permanente em saúde e das residências multiprofissionais e/ou integradas em saúde. Esta pesquisa adotou um enfoque qualitativo, dialogando com as categorias teóricas e empíricas advindas da análise documental e das entrevistas realizadas com sujeitos que participavam da ênfase pediatria na RIS/ESP-CE.

Este estudo teve por objetivo geral analisar o diálogo entre as Residência Integradas e Multiprofissionais e a Saúde Coletiva os objetivos específicos foram: a) compreender o processo de diálogo entre o componente hospitalar da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e os pressupostos da saúde coletiva, por meio do currículo integrado desse programa; b) entender os itinerários pedagógicos dos residentes no campo da saúde coletiva; e c) compreender a dimensão política para a formação dos residentes no campo da saúde coletiva.

Entende-se que os programas de residência multiprofissional colaboram para o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática no trabalho em saúde, proporcionando uma formação crítica e inventiva, além de contribuir para a construção de práticas em saúde que considerem a determinação da vida e a participação popular no processo saúde-doença e no autocuidado de cada sujeito.

### **1.1. Pediatria, saúde pública e saúde coletiva: caminhos de uma (nova) formação para o cuidado em saúde da criança e do adolescente**

A ênfase pediatria consiste em uma parceria firmada entre a RIS/ESP-CE e o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Sua primeira turma na residência multiprofissional teve início no primeiro semestre de 2014, orientada pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), da Política Nacional de Humanização (PNH), da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>5,6</sup>.

Entre 2013 e 2014, a residência multiprofissional em pediatria surgiu em um contexto político, econômico e social de expansão da rede de atenção especializada no Estado do Ceará, que envolveu: a) a necessidade de qualificação profissional; b) a implementação de programas multiprofissionais de residência no âmbito da assistência e da gestão; c) o cenário de mudanças na residência médica; d) a adoção do Programa Mais Médicos pela Escola de

Saúde Pública do Ceará (ESP-CE); e e) o interesse do HIAS em qualificar seu cuidado assistencial<sup>6</sup>.

O HIAS é um hospital-escola que faz parte da rede estadual de saúde. Há mais de 50 anos, ele cumpre um relevante papel voltado à saúde infanto-juvenil, uma vez que acolhe a população do interior do Ceará e de outros estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Esse hospital oferece residência em pediatria e outras especialidades médicas desde 1979, além de configurar campo de prática para estágios de graduação em diversas áreas da saúde<sup>6,7</sup>.

Historicamente, a representação da infância brasileira implica condições de desigualdade, exclusão, dominação e abandono familiar e social. Com vistas à preservação de sua vida, a criança se tornou objeto de intervenção e proteção social por parte da Igreja Católica e de iniciativas de filantropia. No século XVIII, a Santa Casa de Misericórdia era uma das raras instituições de saúde que prestava atendimento médico gratuito e ela também exercia a função caritativo-assistencial de acolher crianças abandonadas tanto por nascerem em famílias muito pobres, que não podiam prover o seu sustento, quanto por serem consideradas “ilegítimas” por seus pais<sup>7,8</sup>.

O Estado brasileiro só passou a se responsabilizar pelas crianças nos primórdios do século XX, diante da necessidade de controlar e disciplinar a infância pobre – considerada um “risco à sociedade”. Deste modo, as ações higienistas se mostraram importantes para o cuidado em saúde voltado às crianças e aos adolescentes e para a criação dos primeiros hospitais infantis no país. Na década de 1980, o processo de redemocratização brasileira impulsionou a transição de uma assistência à saúde de viés filantrópico – como uma demonstração da boa vontade da Igreja Católica ou um favor dos governantes – para a percepção da política pública de saúde enquanto direito fundamental e dever do Estado<sup>8</sup>.

A inserção da pediatria no Ceará decorreu do retorno dos médicos formados nas escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Algumas experiências exitosas envolveram parceria entre profissionais da saúde, filantropos e Estado. A fundação do HIAS, em 1952, e a implantação das residências médicas em pediatria e outras especialidades voltadas ao público infantil, na década de 1970, constituíram marcos da formação médica no âmbito da saúde pública cearense<sup>7</sup>.

A residência multiprofissional surgiu da necessidade de organizar a educação permanente dos profissionais da saúde não contemplados pelo programa de residência médica. Assim, a ênfase pediatria da residência integrada em saúde busca estabelecer um processo formativo e um campo de prática que vá além dos muros do hospital e integre a

comunidade, refletindo sobre a determinação da vida e a participação popular no processo saúde-doença e no autocuidado de cada sujeito.

A autodenominação dessa ênfase, adotando o termo *pediatria* (uma especialidade médica) em vez de *saúde da criança*, reflete a influência da medicina, que já habitava o hospital como cenário de especialização em caráter de residência. O modelo tradicional de formação médica tem efeito, ainda, na escolha dos campos de prática adotados pela residência multiprofissional em saúde, a saber: a) urgência/emergência; b) ambulatórios de especialidades médicas; c) ambulatórios de especialidades não médicas que atendem decorrências de patologias específicas; d) programas de atendimento domiciliar; e) unidades específicas (cardiologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, neonatologia, neurologia, oncologia, pneumonia); e f) unidades de terapia intensiva<sup>6</sup>.

Alguns campos de prática se aproximavam dos saberes e das práticas da saúde coletiva, por exemplo, do núcleo de epidemiologia, do núcleo de controle de infecção hospitalar e da gerência de risco, mas tinham inserção privativa dos residentes de medicina. Há uma vivência na atenção primária à saúde (APS) denominada *estágio de percurso*, na qual os residentes do componente hospitalar desenvolvem suas práticas na unidade de APS. Em alguns turnos, os residentes também podem frequentar outros serviços hospitalares ou outros pontos de atenção da rede de saúde pública estadual e/ou municipal que fortaleçam a atenção em rede e a integralidade da assistência durante o estágio voltado à rede. Ademais, há o estágio eletivo no qual o residente conhece e participa das atividades de outro serviço em qualquer localidade, para ampliar seus conhecimentos relativos à ênfase oferecida pela RIS/ESP-CE<sup>5,6</sup>.

As atividades de cunho teórico-prático ocorrem por meio de: a) rodas de núcleo, organizadas entre preceptores e residentes da mesma categoria profissional; e b) rodas de campo, organizadas entre a preceptoria de campo e os residentes e as chamadas *tendas invertidas*, nas quais o preceptor orienta a prática do residente. Já as atividades teórico-conceituais ocorrem por meio de: a) atividades de educação a distância; e b) módulos cujos temas abordados visam à qualificação do residente para o trabalho no campo de prática. Há módulos de: a) ensino-aprendizagem transversal, voltada ao componente hospitalar da RIS/ESP-CE; e b) ensino-aprendizagem específica, voltada à ênfase pediatria.

De antemão, percebe-se que a organização dos campos de prática e as atividades teórico-práticas dos residentes multiprofissionais na ênfase pediatria estão centradas no ambiente hospitalar. Nossas observações indicaram que o ambiente hospitalar constitui

espaços privilegiados de formação biomédica, caracterizando uma instituição à qual se delega a cura de doenças<sup>9,10</sup>. A formação em saúde coletiva<sup>11-16</sup>, por sua vez, envolve conhecimentos transdisciplinares, refletindo sobre o processo saúde-doença, a determinação social da vida e a formação e as práticas em saúde sob uma perspectiva histórico-crítica.

A saúde pública e a medicina tradicional refletem uma estratégia de organização social e política a serviço do modo de produção capitalista no século XVIII que buscou proporcionar uma profunda restrição aos direitos da classe trabalhadora, com a supressão de uma leitura histórico-cultural da vida e de uma visão crítica diante dos saberes e das práticas em saúde<sup>9,10,12-16</sup>. As intervenções em saúde enfocavam os problemas de saúde mais persistentes no contexto do trabalho, as doenças, e desconsideravam a determinação social da vida.

No século XX, a reorganização do ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA), com base no Relatório Flexner, inaugurou a concepção de saúde como ausência de doença(s) e apontou o hospital como centro da formação médica, em caráter instrumental e de habilitação, por meio de intervenção mediada por procedimentos e pelo uso de equipamentos tecnológicos. Orientada pela especialização e pela pesquisa experimental, tal concepção de saúde busca promover o prolongamento da vida e a eliminação de doença(s)<sup>12-16</sup>. Observa-se no Brasil a incorporação do pensamento flexneriano na formação em saúde, mediante a construção de hospitais universitários como espaços privilegiados para a formação e a prática médica, segundo o modelo hospitalocêntrico de saúde pública, em detrimento de serviços mais próximos da população.

Nos anos 1960, a medicina preventiva surgiu como outra concepção americana de saúde e questionou o modelo de formação flexneriano a partir da consciência preventivista, advinda de um conceito ecológico e de multicausalidade no processo saúde-doença, e da visão biopsicossocial do indivíduo, propondo uma reformulação do ensino médico que pensa a atuação pedagógica da medicina fora do hospital e pauta-se por uma nova atitude: as iniciativas de extensão universitária voltadas às comunidades<sup>11-16</sup>.

No contexto brasileiro, o incentivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), por meio de um projeto estatal de racionalização da atenção médica, contribuiu para a implantação de departamentos de medicina preventiva nas universidades públicas e sua operacionalização no campo social, com a medicina comunitária. No entanto, tal proposta não conseguiu romper com a concepção biológica de saúde, relegando os aspectos sociais ao segundo plano, sem uma compreensão aprofundada da realidade social e da transformação social – eis o modelo tradicional de formação dos médicos e dos profissionais da saúde<sup>11-16</sup>.

Desse modo, surgiram movimentos demandando a renovação da saúde pública institucionalizada que se aproximaram dos movimentos de democratização e de luta por direitos políticos e sociais durante a ditadura militar brasileira, a exemplo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que culminaram com a implementação do SUS, com seus princípios de universalidade e integralidade da assistência à saúde<sup>11-16</sup>.

A saúde coletiva surgiu no Brasil e na América Latina como um movimento ideológico, científico e político comprometido com a transformação social e com práticas contra-hegemônicas diante da saúde pública tradicional. Fundamentada na matriz epistemológica do materialismo histórico-dialético, a saúde coletiva pensa a saúde como objeto de intervenção política, sendo imprescindível a participação social<sup>11-19</sup>.

Como campo transdisciplinar, a saúde coletiva rompe com a excessiva disciplinarização dos saberes, apontando a possibilidade de uma construção ampliada da gestão, da atenção, da formação e da participação social em saúde<sup>13-19</sup>. Assim, as práticas sociais são identificadas como campos de saber e atuação entrelaçadas ao tecido social e/ou às instituições sociais, quais sejam: a) movimentos sociais; b) associações comunitárias; c) fóruns de defesa de direitos sociais; d) organizações do terceiro setor; e) pastorais sociais; f) grupos religiosos; e g) espaços sociojurídicos de participação institucionalizada<sup>20</sup> para a defesa de direitos.

O trabalho em saúde se orienta pelos pressupostos da saúde coletiva e prioriza uma atuação interdisciplinar, inventiva e problematizadora, considerando os objetos, os meios de trabalho e as práticas em saúde, mediante relações técnicas e democráticas, além de dinâmicas e flexíveis, que contribuem para o acolhimento e a resolutividade dos problemas de saúde, para a produção do cuidado e para uma formação política em saúde<sup>18-21</sup>.

Os programas de residência multiprofissional podem contribuir para a reflexão sobre a formação multiprofissional e integrada em saúde, sob uma perspectiva teórico-pedagógica e prática convergente com os princípios e as diretrizes do SUS e em consonância com os pressupostos da saúde coletiva. No entanto, isso não quer dizer que, apesar de dialogarem com a saúde pública, no tocante à formação profissional em saúde, os programas de residência não possam ir além, radicalizando o conceito de determinação social da vida e propondo a transformação da sociedade.

A superação desse cenário só é possível no âmbito das relações sociais, políticas e econômicas, pois é no trabalho que se buscam alternativas éticas para a formação e o exercício profissional crítico<sup>17</sup>. Nesse sentido, a ênfase pediatria do componente hospitalar da

RIS/ESP-CE foi adotada como objeto de estudo por entendermos que está inserida no contexto nacional de ampliação do pensamento sobre o processo saúde-doença, considerando a historicidade e a determinação social via trabalho em saúde interdisciplinar e integrado.

## **2 METODOLOGIA**

Essa pesquisa adotou um enfoque qualitativo<sup>22</sup> e apresenta uma análise crítica do processo de diálogo entre o componente hospitalar da RIS/ESP-CE e os pressupostos da saúde coletiva. A estratégia de coleta de dados foi a busca de documentos pedagógicos e realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves. Os critérios de definição dos documentos foram constituir o acervo de documentos relativos ao projeto político pedagógico da RIS-ESP e da ênfase de pediatria. O tratamento dos dados ocorreu através de transcrição dos documentos e entrevistas. O processo de análise dos dados trabalhou com análise de conteúdo. Foram selecionados os seguintes documentos: projeto político pedagógico da RIS ESP-CE, projeto político pedagógico da ênfase de pediatria e ementas das disciplinas da RIS ESP-CE. Considerando as entrevistas semiestruturadas, os critérios de seleção dos participantes da pesquisa foram: participação em funções estratégicas pedagógicas na residência, considerando a representatividade de cada segmento da RIS ESP-CE, quais sejam: coordenadores, tutores, preceptores e residentes. Por meio de sorteio, selecionou-se quatro participantes: um residente do primeiro ano e outro do segundo ano da ênfase pediatria, um preceptor de núcleo e outro de campo. Para garantir a representatividade dos segmentos, foram convidadas a participar da pesquisa, intencionalmente, a tutora da área hospitalar, a coordenadora da ênfase Pediatria da RIS/ESP-CE.

Elaborou-se um roteiro semiestruturado com um conjunto de perguntas a fim de orientar a entrevista com os participantes com os seguintes temas geradores: trajetória de vida, inserção na residência multiprofissional, projeto político pedagógico e o diálogo com a saúde coletiva, estrutura curricular, formação política, diálogo com os movimentos sociais entre outros. O roteiro de entrevista tinha uma coerência com os objetivos gerais e específicos da pesquisa e buscava responder os objetivos específicos. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no lócus de trabalho de cada entrevistado, de modo individual, com o intuito de acessar a experiência dos sujeitos do modo mais autêntico possível e garantindo o sigilo de suas participações. Elas foram gravadas mediante autorização prévia dos participantes, sendo posteriormente transcritas e analisadas pelas pesquisadoras. O processo de análise dos dados ocorreu através da análise de conteúdo<sup>23</sup> identificando os temas mais recorrentes do diálogo

entre residência integrada e multiprofissional e a saúde coletiva considerando os objetivos específicos da pesquisa,

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (CEP/ESP-CE), sob o Protocolo n. 1.403.565/2016, cumprindo todas as exigências da Resolução n. 466/2012 Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

Para preservar a identidade dos entrevistados, durante a análise das narrativas foram adotados nomes fictícios tomando por base a configuração de um mosaico da saúde coletiva, onde os componentes se misturam para construir algo novo, mas não se colam, apenas se aproximam e mantêm sua potência como componentes singulares. Desse modo, recorrendo aos elementos que compõem um mosaico para descrever os afetos, as experiências e as percepções de cada indivíduo, nomeamos nossos sujeitos: a) Vidro; b) Azulejo; c) Corda; d) Madeira; e) Argila; f) Cola; e g) Cor.

### **3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **3.1 O currículo integrado da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e a saúde coletiva**

Inicia-se esta discussão considerando o projeto político pedagógico (PPP) da ênfase pediatria, o regimento interno da RIS/ESP-CE e o currículo integrado como dispositivos de análise. Retomando os marcadores teóricos, compreende-se a saúde pública como campo instituído pelas práticas biologizantes, curativas e normatizadoras identificadas com os saberes e as práticas da biomedicina e da clínica tradicional e com o trabalho no âmbito do SUS<sup>11-16</sup>. A saúde coletiva se contrapõe a esse marcador rumando para o âmbito das práticas sociais, buscando compreender a defesa do direito à saúde e a determinação social da vida.

A análise documental se deu com um currículo integrado e um regimento interno que organiza os aspectos pedagógicos e operacionais da RIS/ESP-CE. Partindo do referencial da saúde coletiva<sup>4-13</sup>, percebeu-se que esse alicerce pedagógico da RIS/ESP-CE aponta uma visão da saúde pública que ora se contrapõe à, ora se reconcilia com o discurso teórico e ideológico da saúde coletiva.

O informante Madeira aponta que:

[...] enquanto escola de governo que trabalha os princípios do sistema único, os pressupostos da saúde coletiva, o que a gente tinha de levar pra eles é o seguinte: tudo isso aqui que se diz dos princípios do SUS e dos pressupostos da saúde coletiva dá pra se aplicar no hospital.

A argumentação do informante traz uma falta de distinção clara entre *saúde pública* e *saúde coletiva* em nosso idioma, uma vez que a primeira concepção se relaciona à política estatal de oferta e regulação da saúde para a/da população, ao passo que a segunda se vincula a um campo de saberes e práticas que pensa a saúde tanto do indivíduo quanto do coletivo.

Ainda ilustrando a falta de distinção teórico-metodológica entre saúde coletiva e saúde pública, para Vidro:

[...] o projeto exige o tempo todo, dentro das diretrizes lá dele, visando o Sistema Único de Saúde [SUS], que não pode [falar] de SUS sem falar da saúde coletiva, né? Como um todo, visando essa integralidade, visando esse controle social. Os preceitos do SUS sendo operacionalizados através da saúde coletiva.

A argumentação desse informante acentua a falta de distinção entre a saúde pública e a saúde coletiva, comprometendo a inserção da saúde coletiva como campo de saberes e práticas no âmbito das residências integradas em saúde.

Além disso, considera-se haver falta de apropriação do currículo pedagógico e do regimento interno por parte de todos os atores inseridos na RIS/ESP-CE e não se constata haver afinidade com os processos pedagógicos e a formação política, que também constituem objetos desta pesquisa, o que enfraquece a reflexão sobre a saúde coletiva.

Percebe-se a valorização de uma educação baseada em competências, aproximando-se de uma formação pragmatista que busca estratégias pedagógicas operacionalizadas pela ação instrumental do fazer prático, desprivilegiando uma formação teórica mais ampla e reforçando a reprodução de práticas hegemônicas hospitalocêntricas e centradas em procedimentos, algo similar à formação médica tradicional, descontextualizada diante da realidade social e da subjetividade dos sujeitos. Novamente, Madeira traz que

[...] o currículo é baseado em competências, se eu quero desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes eu tenho que pegar no processo seletivo esse perfil que eu já veja que tem esse potencial de identificação.

Compreende-se a emergência da saúde coletiva no currículo da RIS/ESP-CE de modo difuso, com falta de fundamentação teórico-metodológica, o que torna o currículo da RIS/ESP-CE, especificamente da ênfase pediatria, centrado na saúde pública e na racionalidade hospitalocêntrica. Vale apontar a intencionalidade político-pedagógica da gestão acadêmica e do corpo docente de inserir a saúde coletiva na formação dos residentes, porém,

nota-se um distanciamento entre o discurso pedagógico e as estratégias de ensino com participação social não institucionalizada.

Reconhecendo o interesse da gestão acadêmica e da coordenação pedagógica da ênfase pediatria em superar tais desafios, este estudo propõe caminhos para promover a educação permanente em saúde e a defesa dos direitos da criança e do adolescente.

### **3.2 Os itinerários pedagógicos da ênfase pediatria da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e a saúde coletiva**

Entendendo que a formação fundamentada nos pressupostos da saúde coletiva pode suscitar questões acerca da realidade, interrogando os discursos observados nos diferentes campos (teórico, prático e teórico-prático) que compõem o itinerário pedagógico da RIS/ESP-CE, considera-se que o processo de ensino-aprendizagem no trabalho em saúde se dá na apreensão do entorno e de si na práxis uni e interprofissional<sup>18,19,21</sup>.

A aprendizagem inventiva e problematizadora também se assemelha a um mosaico, onde os saberes de cada sujeito se encontram, se aproximam e se diferenciam, com as novas experiências proporcionadas pela residência transcendendo o âmbito profissional e atingindo as relações humanas em outras esferas da vida do sujeito. Os discursos dos entrevistados expõe o dilema preventivista<sup>11</sup> nas atividades dos residentes, a exemplo da fala de Azulejo:

“[...] as atividades de educação em saúde, atividade de sala de espera, de prevenção, atividade de formação, sei lá, de um grupo de pacientes ou acompanhantes.”

Diante da dificuldade teórica de reconhecer a diferença entre saúde pública e saúde coletiva e da falta de apropriação dos documentos relativos ao programa, as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas não transcendem o modelo biomédico de cuidado em saúde, tampouco criam estratégias de superação da determinação social da vida, apenas apaziguam os efeitos da doença e, às vezes, indicam soluções pontuais para os fatores sociais que se encontram em segundo plano, como é comum nas práticas hegemônicas no âmbito hospitalar. A fala de Argila corrobora tal ideia:

[...] então, o que posso pensar enquanto atividade que seria escapatória do modelo [biomédico] seriam as salas de espera que a gente faz, [a] visita domiciliar, o que mais, não sei.

A concepção do hospital como campo de práticas hegemônicas, que não abriga a saúde coletiva, ainda presente no imaginário dos profissionais da saúde, influencia a própria

intenção de formar residentes e preceptores a partir dos pressupostos dessa área, causando estranhamento e angústia entre esses sujeitos, como afirma Corda:

[...] não era nada a ver com a nossa prática, né? Porque realmente os processos são diferentes, né? Os equipamentos são diferentes, então, não dá pra gente ter aquela vivência que a gente teve mais da saúde coletiva e da comunitária, a gente estando em outro ambiente.

Tal fala vai ao encontro dos relatos de outros sujeitos que expressaram a resistência apresentada pelos residentes e, principalmente, pelos preceptores na hora de participar dos momentos teóricos transversais do componente comunitário e de executar atividades no âmbito comunitário, como a territorialização, a visita domiciliar e a agenda compartilhada.

A dificuldade de atribuir sentido à formação teórica proporcionada pela instituição de ensino dentro do hospital comprometeu a participação dos preceptores nas atividades multiprofissionais e gerou a preocupação de buscar uma formação mais técnica do que crítica, enfatizando a reprodução de uma ideologia ligada à competência<sup>17</sup>, na qual o discurso do especialista se mostra mais importante do que a reflexão acerca da práxis, como ilustra a fala de Cola:

[...] eu sei que tem a questão reflexiva, crítica, ótimo, excelente, mas eu acho que também, a minha preocupação com as meninas era “será que quando elas terminarem a residência elas realmente estarão capacitadas?”

Desse modo, o caráter inventivo e problematizador das residências multiprofissionais restringiu as falas dos entrevistados:

“[ao] mundo dos residentes, não dos hospitais como um todo”. (Madeira)

O processo de ensino-aprendizagem também é marcado pelo desejo de aprender, por um lado, e de transmitir um saber, por outro, assim, as implicações que levaram residentes, preceptores, tutores e coordenadores a enveredarem pela residência multiprofissional estiveram mais próximas à ideia de uma formação em saúde qualificada para atuar no âmbito do SUS, onde os residentes assumem a posição de “aprendentes” que se adequarão ao cotidiano de trabalho dos preceptores e dos demais profissionais dos serviços, com baixa autonomia e sem poder de transformação das relações instituídas no contexto hospitalar.

Para Vidro:

[...] na realidade, se a gente fosse, né, esmiuçar a proposta do residente, ele não tá aqui para fazer saúde coletiva, ele veio aqui porque ele quer [obter] experiência hospitalar e [também porque ele] é muito novo pra [romper] com esse paradigma.

Por fim, discursivamente, as questões referentes à formação do residente e do preceptor esbarram na falta de investimento no setor saúde, que reflete diretamente na limitada oferta de material bibliográfico e de profissionais de referência capazes de levar aos momentos de formação da RIS/ESP-CE o diálogo entre esse programa e a saúde coletiva.

Percebe-se haver uma confluência de fatores que implicam diretamente os itinerários pedagógicos, desde sua matriz pedagógica, baseada em competências, até suas práticas, cuja intenção é dialogar ora com os princípios do SUS, ora com os pressupostos da saúde coletiva, configurando um desenho ambivalente pela dificuldade de desvencilhar-se do modelo biomédico e de adotar procedimentos capazes de superar a determinação social em saúde.

### **3.3. Compreensão da dimensão política na formação dos residentes**

Caminhou-se em torno da estrutura curricular da residência e dos itinerários pedagógicos para compreender a dimensão política dos saberes e das práticas de saúde coletiva<sup>12-16</sup>. Essa área se constitui por meio de teoria, prática e militância social e ressalta a importância de proporcionar uma formação crítica e reflexiva aos profissionais da saúde.

A formação política no âmbito da RIS/ESP-CE tem como principal recurso pedagógico a roda aplicada à cogestão – denominada Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) – e recorre ao apoio de alguns movimentos sociais de acordo com o interesse individual e/ou coletivo específico. Observa-se que as duas primeiras instâncias reproduzem os espaços de participação popular instituídos pelo SUS, caracterizando a chamada participação social institucionalizada<sup>20</sup>. Desse modo, fortalece-se o ideário de formação política no marcador teórico-metodológico da saúde pública.

Como linha de fuga dessa racionalidade, a emergência de espaços de formação política e de movimentos sociais como campo de práticas da RIS/ESP-CE constitui um pressuposto da saúde coletiva, aproximando a residência do ideário teórico-ideológico dessa área. Embora tal leitura exista, ela se mantém sob o ponto de vista discursivo e não se consolida na estrutura curricular ou na formalização dos campos de prática.

Para Azulejo:

[...] a residência fala muito sobre formação política, mas eu não acho que a gente dá condição pra formação política, sinceramente. [...] E até a gente falar que a roda

integrada é um espaço de formação política, eu acho que é muito tapar o sol com a peneira.

Embora a dimensão discursiva seja reconhecida no desenho curricular, o regimento e o processo seletivo do programa consideram a participação social um componente relevante:

“[...] então, a gente pontua se a pessoa atuou em movimentos sociais, movimento estudantil, órgãos de classe [...] a gente valoriza toda a parte política do currículo”.  
(Madeira)

Isso não se materializa no processo pedagógico, reduzindo a formação política à participação social institucionalizada<sup>20</sup> e aos espaços relacionados à residência em saúde.

Vale colocar que se defende nessa área a existência de cenários de formação com participação popular não institucionalizada, propondo vivências em entidades de formação política, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs) inseridas na realidade cearense, quais sejam:

- a) Fórum Permanente em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA);
- b) Rede Delis;
- c) Movimento Criança Não é de Rua;
- d) Pastoral do Migrante da Arquidiocese de Fortaleza;
- e) Cedeca Ceará;
- f) Movimento Quem Dera ser um Peixe;
- g) Fórum Cearense de Mulheres;
- h) Tambores de Safo;
- i) Rede OPA;
- j) Sociedade da Redenção;
- k) REAJA;
- l) Encine;
- m) Catavento;
- n) Visão Mundial;
- o) Associação Curumins;
- p) Associação Barraca da Amizade;
- q) Visão Mundial;
- r) Integrasol;
- s) Convida;

- t) Bomjart;
- u) Pastoral do Menor;
- v) Diaconia;
- w) Integra;
- x) Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim; e
- y) Cearah Periferia.

Ademais, embora se assinale que há necessidade de ir além dos espaços de participação social institucionalizada, apontamos como exemplos o Conselho Tutelar e os colegiados institucionalizados por lei – o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDCA) e o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) –, por comporem a rede de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes e por sua possibilidade de potencializarem a formação político-pedagógica do residente na ênfase pediatria e em outras ênfases da RIS/ESP-CE nesses cenários.

No desenho pedagógico há alusão a uma formação crítica voltada às práticas em saúde como competências a serem desenvolvidas pelos residentes durante os itinerários formativos tanto nos campos de prática quanto nos módulos teóricos, como ilustra a fala de Madeira:

“[...] enquanto macro-objetivo da residência, a gente tem capacitado pra ativar lideranças técnico-científicas e políticas.”

Desse modo, percebe-se haver intencionalidade discursiva por parte da gestão acadêmica ao sustentar a dimensão política como um dos objetivos a alcançar com a formação do residente, mas sua institucionalização em espaços delimitados o distancia da espontaneidade, da criticidade e da afetação que movem o desejo do sujeito perceber e apropriar-se das expressões da questão social e da determinação social da vida no setor saúde, como indica a fala de Corda:

“[...] quem realmente puxava todos os movimentos eram as pessoas mais envolvidas, mais ligadas com a saúde coletiva e até como área mesmo de formação, de atuação, né?”

Acredita-se que a dimensão política na formação em saúde assume uma função primordial nas residências integradas em saúde do país, ao instigar uma participação social que considere o contexto histórico, político e econômico onde são forjadas as desigualdades

entre os indivíduos e as determinações sociais da vida, não restringindo os problemas de saúde a esse âmbito.

Tal viés institucionalizador da dimensão política observado nas narrativas demonstra uma mínima participação política dos diversos atores, mais direcionada às problemáticas que interferem na organização e na execução do programa de residência do que a uma reflexão crítica acerca da questão social e da determinação social da vida, que consideramos corroborar uma formação crítica em saúde e os pressupostos da saúde coletiva<sup>11-16,21</sup>, como expressa o relato de Vidro:

“[...] do ponto de vista político eu acho que as questões levantadas são mais da formação da própria residência. Não faz esse diálogo com a Saúde Coletiva.”

A dimensão política na formação dos profissionais da saúde se mostra imprescindível para superar o modelo biomédico e a fragmentação das disciplinas, em busca de uma leitura crítica da realidade e da participação social em defesa dos direitos sociais e da transformação da sociedade. Observou-se que algumas experiências individuais e pontuais foram citadas, mas com o caráter de experiência individual de um residente que já teria uma trajetória nos movimentos sociais e políticos em outros espaços que se somavam à vivência da residência.

Questões relativas ao contexto das residências multiprofissionais no país e até no âmbito micropolítico do programa em análise, a exemplo do PPP, da organização das atividades práticas no espaço hospitalar e do financiamento da RIS/ESP-CE para além dos recursos governamentais destinados ao pagamento das bolsas dos residentes, são mencionadas superficialmente por alguns entrevistados.

Apesar disso, não se percebeu uma visão pessimista diante do componente hospitalar na RIS/ESP-CE, uma vez que os sujeitos reconhecem os avanços e os tensionamentos decorrentes da inserção dos residentes no campo de prática, como indica a fala de Cor:

[...] eu acredito que vocês foram muito bons pra cá, a residência não deve acabar de jeito nenhum, porque foi uma coisa, assim, foi uma plantinha que nasceu e que tem que ser aguada todo dia e pra não deixar morrer, foi muito bom pro hospital e pra gente também, pros profissionais.

Diante da proposta da dimensão política como competência a desenvolver, este estudo teceu críticas à institucionalização dos aspectos que remetem à condição do homem como sujeito político, histórico, cultural e social. Assim, indica-se a necessidade de buscar estratégias mais flexíveis de participação política não só por parte daqueles que atuam em alguma instância gestora do programa, mas de todos os atores que compõem a RIS/ESP-CE,

indo ao encontro de práticas coletivas que considerem tanto as iniquidades sociais quanto a determinação social da vida.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo percorreu a literatura, os documentos e as narrativas pertinentes para abordar o diálogo entre a ênfase pediatria da RIS/ESP-CE e os pressupostos da saúde coletiva.

De início, ele se ancorou na possibilidade de aproximação entre a residência nos espaços da saúde pública e uma práxis que considere a necessidade de superação das iniquidades sociais e da determinação social da vida. Escutar cada sujeito, tomando ciência de suas experiências e suas afetações com a residência, revela os entraves teóricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que incidem sobre o fenômeno da formação nesse nível de pós-graduação em saúde, além de apontar as potencialidades e os desafios e desacertos a superar.

Acredita-se que os programas de residência multiprofissional colaboram para o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática no setor saúde, com vistas a uma formação profissional crítica e inventiva, e contribuem para a construção de práticas em saúde que considerem a determinação da vida e a participação popular.

Apontamos alguns caminhos que não almejam constituir vias únicas de superação da racionalidade na saúde pública, mas proposições para atores sociais implicados neste projeto. Pensar tais caminhos exige gestá-los na primeira pessoa do plural, na medida em que a educação é uma construção social que deve ser tecida de modo dialógico e coletivo.

Assim, busca-se: a) efetivar a sensibilidade, o desejo e a intencionalidade por parte da gestão acadêmica e da coordenação da ênfase pediatria na RIS/ESP-CE para a estabelecer um diálogo com as políticas sociais de modo amplo, seja no âmbito da educação, da assistência social ou dos direitos humanos; b) inserir no desenho pedagógico e na estrutura curricular temas advindos da saúde coletiva – ciências sociais e humanas em saúde, saúde e ambiente, determinação social da vida, educação popular em saúde, política, planejamento e gestão, epidemiologia crítica, saúde de populações específicas (LGBT, população rural, pessoas em situação de rua, população indígena, povos das florestas, etc.), movimentos sociais no setor saúde, direitos da criança e adolescentes etc.; e c) qualificar e credenciar como possíveis campos de prática os seguintes espaços: Conselho Tutelar, COMDCA, CEDCA, Cedeca Ceará, movimentos sociais e políticos como Fórum DCA, Fórum Cearense da Luta

Antimanicomial, e Fórum de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Criança e Adolescente, dentre outras ONGs.

A construção dessas 3 estratégias integradas apresenta potencial de inflexão da formação centrada na saúde pública e na racionalidade hospitalocêntrica – que se mostra hegemônica nos programas de educação permanente em saúde e nos diversos espaços de formação em saúde (p. ex., graduação, cursos profissionalizantes e cursos livres).

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2005 jul. 1).
2. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2009.
3. Ceccim RB, Kreutz JA, Mayer Júnior M. Das residências integradas a residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: Silva Júnior AG, Pinheiro R. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. p. 257-92.
4. Cardoso Júnior OP, Souza BJ, Furtado MEMF, Diniz RB, Rebouças RRM, Sidney KMM, et al. Revendo caminhos: a inserção da residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Tempus* (Brasília). 2018;12(1):269-80.
5. Ceará (Estado). Regimento: Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013.
6. Ceará (Estado). Diretrizes para a elaboração do projeto referente ao Programa de Residência Multiprofissional da Saúde para o SUS conforme Edital n. 28, de 27/06/2013. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013.
7. Borges JCS. Hospital Infantil Albert Sabin: cuidando de vidas. 2. ed. Fortaleza: Apex; 2014.
8. Pinheiro A. Criança e adolescente no Brasil: porque o abismo entre a lei e a realidade. Fortaleza: Ed. UFC; 2006.
9. Foucault M. Microfísica do poder. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

10. Foucault M. O nascimento da clínica. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
11. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. UNESP/Ed. Fiocruz; 2003.
12. Birman J. A *physis* da saúde coletiva. *Physis* (Rio J.). 2005;15(Supl.):11-6.
13. Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018.
14. Paim, JS. Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva concepções, posições e tomada de posição de intelectuais fundadores. In: Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018. p. 191-222.
15. Vieira da Silva, LM. Condições históricas de possibilidades. In: Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018. p. 37-60.
16. Vieira da Silva, LM. A composição do espaço nas suas origens. In: Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018. p. 61-104.
17. Chauí M. O que é ideologia. São Paulo: Brasiliense; 2012.
18. Ceccim RB. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 17-22.
19. Ceccim RB. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sanare* (Sobral, Online). 2019;18(1):68-80.
20. Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 270-88.
21. Armani TB. Formação de sanitaristas de uma pedagogia da educação em saúde coletiva. Porto Alegre: EDUCS; 2007.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

# **A educação permanente em saúde como estratégia de apoio a profissionais: uma possibilidade de atuação do bacharel em saúde coletiva**

*The permanent education in health as strategy of support for professionals: a possibility of acting the bachelor in collective health*

*La educación permanente como estrategia de apoyo a profesionales: una posibilidad de actuación del bacharel en salud colectiva*

**Leonardo Passeri de Souza**

**Muna Muhammad Odeh**

## **RESUMO**

O presente artigo analisa uma experiência realizada em uma unidade básica de saúde no Distrito Federal que se trata da estruturação de um dispositivo de Educação Permanente em Saúde como estratégia de apoio aos profissionais para atuarem no modelo de Estratégia Saúde da Família, diante de estarem passando pelo processo de conversão do modelo tradicional para este. Essa iniciativa se deu mediante parceria de um bacharel em Saúde Coletiva e a gestão da unidade. O objetivo foi descrever a experiência e identificar os resultados alcançados com sua implementação. A análise traz uma série de reflexões problematizadoras, propositivas e reveladoras acerca da Educação Permanente em Saúde. Portanto, espera-se que a análise da experiência em tela contribua para o debate acerca das iniciativas/experiências de Educação Permanente em Saúde no Brasil, além de evidenciar que a Educação Permanente se apresenta como uma potente possibilidade de atuação do bacharel em Saúde Coletiva.

**Palavras-chaves:** Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva.

## **ABSTRACT**

This article analyzes an experience conducted in a primary health care unit in the Federal District, focusing on the establishment of a Permanent Education in Health device as a strategy to support professionals transitioning to the Family Health Strategy model. This initiative was made possible through a partnership between a bachelor in Collective Health and the unit's management. The goal was to describe the experience and identify the results achieved with its implementation. The analysis provides a series of problematizing, propositional, and revealing reflections on Permanent Education in Health. Therefore, it is expected that this analysis will contribute to the debate on Permanent Education in Health initiatives and experiences in Brazil, as well as highlight that Permanent Education represents a significant opportunity for the bachelor in Collective Health.

**Keywords:** Health Education. Primary Health Care. Public Health.

## **RESUMEN**

Este artículo analiza una experiencia realizada en una unidad básica de salud en el Distrito Federal, que se centra en la estructuración de un dispositivo de Educación Permanente en Salud como estrategia de apoyo para que los profesionales puedan trabajar en el modelo de Estrategia de Salud de la Familia, dado que están pasando por el proceso de conversión del modelo tradicional a este nuevo. Esta iniciativa se llevó a cabo mediante una asociación entre un bacharel en Salud Colectiva y la gestión de la unidad. El objetivo fue describir la experiencia e identificar los resultados alcanzados con su implementación. El análisis presenta una serie de reflexiones problematizadoras, propositivas y reveladoras sobre la Educación Permanente en Salud. Por lo tanto, se espera que el análisis de esta experiencia contribuya al debate sobre las iniciativas/experiencias de Educación Permanente en Salud en Brasil, además de evidenciar que la Educación Permanente se presenta como una posibilidad significativa para la actuación del bacharel en Salud Colectiva.

**Palabras-claves:** Educación en Salud. Atención Primaria de Salud. Salud Pública.

## **1 INTRODUÇÃO**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) está ancorada na proposta de incorporar o ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços de saúde, a partir da valorização do cotidiano do trabalho como eixo central de aprendizagem e do posicionamento do profissional como ator reflexivo e construtor de saber.<sup>1</sup> Dessa forma, tem sido apontada como estratégia fundamental na orientação de iniciativas de formação e desenvolvimento profissional, assim como na promoção de transformações de práticas no campo da saúde.<sup>2</sup>

Nesse contexto, no Brasil, a emergência de discussões e desenvolvimento de iniciativas/experiências de EPS se dá entre as décadas de 70 e 80, mas ganha maior expressividade a partir da instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), promulgada no ano de 2004 e reformulada em 2007.<sup>1</sup> Como reflexo disso, a produção científica-acadêmica vem apresentando uma série de estudos correlatos à EPS, dentre os quais registros de diferentes iniciativas/experiências que retratam as diversas possibilidades de aplicação da EPS no campo da saúde.<sup>1,3-7</sup>

Visando o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, torna-se cada vez mais latente a necessidade de ampliação do debate em torno do fomento e consolidação da EPS nos níveis local, regional, municipal, estadual e federal.<sup>6</sup> Logo, a busca pela análise de iniciativas/experiências de EPS tem se mostrado imprescindível para subsidiar esse debate, uma vez que a apreensão de como são desenvolvidas oportuniza a reflexão crítica sobre os

fatores implicados na instituição de processos de EPS, tais como as possibilidades e dificuldades existentes.<sup>7</sup>

Em função do reconhecimento do desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva, surgiu um projeto que identificava a necessidade de um profissional com ideais ético-políticos bem definidos e com um corpo de saberes e de práticas pertinentes ao campo da Saúde Coletiva, passíveis de serem assimilados desde a graduação, uma vez que tal identidade específica não conseguia ser garantida por outras graduações do campo da saúde existentes.<sup>8-9</sup>

Dessa forma, a fim de suprir essa necessidade, emergiu a proposta da criação da Graduação em Saúde Coletiva, com o objetivo de formar um novo profissional do campo da Saúde Coletiva, sem a intenção de sobrepor aos profissionais da Saúde Coletiva já existentes, mas de formar um novo ator que venha se associar de modo orgânico a estes.<sup>8-9</sup>

Em suma, o bacharel em Saúde Coletiva é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva. Ele está ancorado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Essa formação o qualifica para atuação em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, públicos ou privados, assim como em outros espaços onde podem ser desenvolvidas atividades do campo da Saúde Coletiva. Logo, diante do seu perfil, tem se apresentado como um profissional cada vez mais necessário para o fomento do setor saúde e setores correlacionados.<sup>8-9</sup>

Embora a gênese da graduação em Saúde Coletiva remonte ao ano de 2008, ainda há dificuldade de compreensão tanto por parte do mercado de trabalho quanto da sociedade civil sobre como o bacharel em Saúde Coletiva pode atuar profissionalmente. Portanto, torna-se imperativo evidenciar quais são as possibilidades de atuação deste profissional, a fim de proporcionar maior clareza aos diferentes públicos da sociedade.

Em 2017, o Distrito Federal (DF) iniciou o processo de consolidar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), visando o reordenamento do modelo assistencial de saúde do DF. Para isso, uma das iniciativas propostas foi a conversão progressiva de Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas no modelo tradicional de APS, para o modelo de ESF.<sup>10,11</sup> Nesse contexto, em uma UBS do DF, localizada na cidade de São Sebastião, que estava passando por esse processo de conversão apontado, foi estruturado um dispositivo de EPS, intitulado de “Saúde da Família em Debate”, como estratégia de apoio aos profissionais para atuarem no novo

modelo proposto. Esta iniciativa se deu mediante parceria de um bacharel em Saúde Coletiva, que estava atuando na UBS como Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB), com a gestão da UBS.

Portanto, diante do exposto, o presente artigo tem por objetivo descrever a experiência em tela, a fim de contribuir para debate acerca das iniciativas/experiências de EPS no Brasil, e, em complementaridade, evidenciar que a EPS se apresenta como uma potente possibilidade de atuação do bacharel em Saúde Coletiva.

## **2 METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo descritivo, de caráter qualitativo, mediante o método de análise documental do relatório de execução da experiência.

Esse relatório se trata de um documento técnico-gerencial elaborado pelo bacharel em Saúde Coletiva, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do HUB/UnB, que estava atuando na UBS (cenário de prática da residência) em conjunto com a gestão da unidade, após o encerramento da iniciativa, com o objetivo de registrar o que foi realizado.

Para fins deste estudo, o bacharel em Saúde Coletiva e a gestão da UBS serão denominados de: executores da experiência.

Mediante solicitação, o arquivo digital do relatório foi disponibilizado pelos executores da experiência, para ser utilizado como material de análise deste estudo.

O relatório possui duas partes. A primeira traz de forma detalhada sobre como foi idealizada a experiência, qual o seu formato e como foi executada. A segunda parte traz a avaliação da experiência, contendo dados estatísticos referentes a um questionário de avaliação da experiência respondido, anonimamente, pelos profissionais participantes da experiência desenvolvida, e comentários e considerações dos executores sobre a realização da experiência.

Para fins de análise do relatório, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que, em síntese, consiste em analisar dados textuais de forma sistemática e estruturada, onde se busca agrupá-los em temas/categorias para serem analisados de forma correlacionada.

Nesse sentido, primeiramente, foi realizada leitura global do relatório, para identificar temas/assuntos recorrentes. Após, foram coletados trechos do documento e agrupados em duas categorias:

- **Primeira categoria:** O que é o “Saúde da Família em Debate”? que contém as informações sobre a descrição de como a experiência foi desenvolvida.
- **Segunda categoria:** O que foi possível com o “Saúde da Família em Debate”? que contém as informações sobre os resultados alcançados com a realização da experiência.

A partir dessa divisão, foi feita uma análise em profundidade dos trechos, na qual as informações mais relevantes foram selecionadas para serem apresentadas nos resultados do artigo, de acordo com as categorias definidas acima.

Para fins de utilização dos dados contidos no relatório de execução da experiência, este estudo, em conformidade com os aspectos legais e éticos, foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-FS/UnB (Parecer nº 2.599.718) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde-FEPECS/SES/DF (Parecer nº 2.638.976).

### **3 RESULTADOS**

#### **3.1. O que é o “Saúde da Família em Debate”?**

O relatório analisado inicia-se com a apresentação do contexto que possibilitou a realização da experiência em tela. Em síntese, é relatado que, ao longo do processo de conversão da UBS para o modelo de ESF, no ano de 2017, observou-se que os profissionais, desde que tomaram conhecimento desse processo, se mostraram ansiosos, preocupados, receosos e, alguns, nitidamente temerosos diante das mudanças propostas. Segundo o relatório, o principal motivo para a expressão desses sentimentos pelos profissionais foi o fato de a grande maioria não ter atuado anteriormente no modelo de ESF, o que fez com que se sentissem despreparados e não qualificados para atuar no novo modelo.

Durante o processo de conversão, a gerência da UBS recebeu apoio de um bacharel em Saúde Coletiva, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB), que estava atuando na UBS (cenário de prática da residência). Assim, o Residente e a gerência da UBS, observaram o impacto que as mudanças estavam provocando e perceberam a necessidade de apoiar os profissionais durante esse processo.

Com base nesse contexto, o relatório descreve que os executores idealizaram um dispositivo de EPS, denominado “Saúde da Família em Debate”, cujo objetivo central era

empoderar e fortalecer os profissionais da UBS para que pudessem atuar no novo modelo proposto. Esse dispositivo foi estruturado como um ciclo de quatro encontros de debate, realizados na própria UBS, com o intuito de facilitar a participação dos profissionais sem a necessidade de saírem de seu ambiente de trabalho.

É afirmado no relatório que a opção por recorrer a EPS surgiu do desejo de promover um espaço coletivo de discussão, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, para abordar o novo modelo proposto e as mudanças que ele implicava. O objetivo era levar os profissionais à reflexão e discussão sobre o momento que estavam vivenciando em seu cotidiano de trabalho.

Para as discussões nos encontros, o relatório detalha que os executores elencaram assuntos introdutórios relativos à ESF, a fim de proporcionar aos profissionais o contato com esses temas, considerando que a grande maioria deles não tinha experiência/conhecimento prévio com o modelo de ESF. Dessa forma, os assuntos elencados foram distribuídos em quatro temáticas, uma para cada encontro do ciclo, sendo elas:

- “A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica: o que muda para nós?”;
- “Atribuições dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família: qual nosso papel?”;
- “Processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: como será nosso dia a dia?”; e
- “Ações e serviços na Estratégia Saúde da Família: o que nós devemos ofertar ao nosso usuário?”.

Além disso, o relatório destaca que alguns temas de caráter mais pessoal ou individual, como “Empatia e partilha com o próximo” e “Os desafios na vida profissional e pessoal”, foram incluídos para complementar as discussões sobre a ESF. Esses temas visavam promover reflexões adicionais sobre as mudanças além do âmbito dos processos de trabalho.

O relatório ressalta que, embora a aquisição de conhecimento fosse um objetivo, a intenção da iniciativa não era promover apenas a transmissão de informações, mas sim criar um espaço onde os profissionais pudessem problematizar e refletir sobre o que estavam vivenciando no cotidiano de trabalho. Para possibilitar isso, os encontros foram construídos com base em atividades inspiradas em metodologias ativas de aprendizagem, com foco na problematização da realidade. Para fomentar a interatividade e a participação dos profissionais, foram utilizadas estratégias metodológicas como: dinâmicas de grupo, estudos de caso, vídeos, dramatizações e a construção de painéis conceituais e problematizadores, entre outras.

No tocante a duração e periodicidade dos encontros, o relatório informa que os executores definiram que o mais adequado seria realizar um encontro semanal, com duração de cerca de duas horas, pela manhã. Além disso, para cada ciclo de encontros, foi definido um número médio de 15 participantes, considerado adequado para permitir que todos se expressassem e interagissem, sem prejudicar a rotina e organização da UBS com a ausência dos profissionais.

Perante as definições apontadas, para atender ao quantitativo de profissionais da UBS, foram promovidos três ciclos de encontros realizados entre os meses de julho, agosto e setembro de 2017. Segundo o relatório, aproximadamente 40 profissionais participaram no total. No entanto, alguns não puderam participar de um ou mais encontros devido a férias, licenças e outros motivos. Portanto, efetivamente participaram de todos os encontros do ciclo 25 profissionais, sendo: 13 técnicos de enfermagem, 2 cirurgiões dentistas, 6 técnicos de higiene bucal e 4 técnicos administrativos.

O relatório observa que era prevista a participação de médicos e enfermeiros da UBS, mas esses profissionais não puderam participar devido a estarem em formação externa relacionada à ESF promovida pela Secretaria de Estado de Saúde do DF, o que gerou incompatibilidade de agenda. Além disso, não houve a participação de agentes comunitários de saúde, pois a UBS não contava com esse tipo de profissional em seu quadro até o momento do processo de conversão.

Quanto à execução da experiência, e mais especificamente à condução dos encontros, o relatório descreve que essa responsabilidade ficou a cargo do residente. Portanto, destaca-se que a realização do “Saúde da Família em Debate” só foi viabilizada graças à parceria entre o residente e a gerência da UBS.

Por fim, de acordo com as informações contidas na primeira parte do relatório, a iniciativa teve baixo custo, utilizando apenas materiais de papelaria e recursos disponíveis na própria

UBS, como projetor e computador, não havendo financiamento de agentes ou órgãos externos.

Após descrever os principais pontos abordados no relatório sobre o desenvolvimento da experiência, a seguir são apresentados os achados relativos aos resultados alcançados com a realização do “Saúde da Família em Debate”.

### **3.2. O que foi possível com o “Saúde da Família em Debate”?**

Na segunda parte do relatório, é informado que, para avaliar o ciclo de encontros, os participantes responderam anonimamente a um questionário estilo *Likert* no último encontro. O questionário era composto por 5 afirmativas, e os participantes deviam escolher entre as opções: “concordo”, “concordo parcialmente” e “discordo”. Em resumo, os resultados do questionário, respondido pelos 25 participantes que compareceram a todos os encontros, foram os seguintes:

- Nenhuma afirmativa recebeu a opção “discordo” dos participantes;
- Para a 1ª afirmativa: “Sabendo que um dos objetivos era apresentar assuntos introdutórios sobre o que é a ESF, achei que o objetivo foi atingido”, 95,8% (24) dos participantes escolheram “concordo”;
- Para a 2ª afirmativa: “Gostei do formato dos encontros (ter acontecido no meu ambiente de trabalho; o uso de exposição dialogada; as dinâmicas interativas; poder interagir com meus colegas de trabalho; discutir a nossa realidade, etc.) e achei esse formato mais interessante do que os que eu costumo participar, como capacitações e cursos”, 91,7% (23) optaram por “concordo”;
- Para a 3ª afirmativa: “Acho importante para a minha formação e qualificação profissional participar de momentos como esse, e se passarmos a ter encontros do ‘Saúde da Família em Debate’ quinzenalmente ou mensalmente aqui na unidade, eu tenho interesse em participar”, 91,7% (23) escolheram “concordo”;
- Para a 4ª afirmativa: “Depois de participar do ‘Saúde da Família em Debate’, passei a compreender melhor o que é a ESF”, 83,3% (21) optaram por “concordo”; e
- Para a 5ª afirmativa: “Sabendo que terei que atuar na ESF, achei importante ter participado do ‘Saúde da Família em Debate’ e me sinto mais preparado(a) para minha atuação profissional”, 66,7% (17) escolheram “concordo”.

O relatório também contém comentários e sugestões dos participantes no espaço destinado no questionário, entre os quais estão: “*Achei um cuidado especial com o servidor ter tido a oportunidade de aprender sobre a Estratégia Saúde da Família.*”; “*Gostei muito dos encontros, parabéns pelo trabalho.*”; “*Foi muito importante como tudo foi apresentado.*”; “*Achei interessante a iniciativa desses encontros. Obrigada.*”; “*Queria parabenizar pela iniciativa e que tenham mais encontros.*”; “*Dar continuidade aos debates dentro do serviço, como educação continuada.*”; e “*Achei superproveitoso, mas a duração dos encontros foi pequena para uma programação tão extensa e abrangente.*”

Além da avaliação obtida através do questionário, o relatório inclui informações sobre comentários e considerações dos executores da experiência. Primeiramente, é apresentada uma análise observacional dos encontros, feita pelo condutor, que relatou que alguns profissionais, inicialmente, se mostraram reativos e resistentes à participação. De acordo com o condutor, esses profissionais expressaram insatisfação com as mudanças propostas e, conseqüentemente, não estavam abertos à discussão e reflexão sobre o novo modelo. No entanto, apesar disso, é narrado que os profissionais que inicialmente não queriam interagir acabaram mostrando crescente participação e interesse ao longo dos encontros.

Outro comentário dos executores destaca que, no último encontro do ciclo, alguns profissionais expressaram verbalmente agradecimento pela realização dos encontros, afirmando que consideraram importante a participação e que desejavam a continuidade dos encontros. Além disso, mencionaram que nunca haviam tido a oportunidade de participar de uma iniciativa dessa natureza em seu próprio ambiente de trabalho.

Ainda em relação aos resultados identificados, os executores destacam que o principal resultado esperado com a iniciativa era empoderar e fortalecer os profissionais da UBS para atuarem no novo modelo proposto. Os executores consideraram que os resultados obtidos não foram totalmente atingidos, pois alguns participantes pareceram não se sentir plenamente preparados para atuar no novo modelo apenas com os encontros promovidos. Essa conclusão foi baseada na escolha de algumas respostas na 5ª afirmativa e nos comentários e sugestões do questionário. Apesar dessa constatação, os executores não viram isso negativamente, pois não esperavam que um único ciclo de encontros fosse suficiente para preparar totalmente os participantes. Antes mesmo do início dos encontros, já se esperava a necessidade de dar continuidade à iniciativa para fortalecer e apoiar esses profissionais.

Por fim, o relatório é concluído com as considerações finais dos executores, que consideraram que, apesar das ressalvas apontadas, foram obtidos resultados positivos com a experiência. Além disso, os executores acrescentaram que, além dos resultados esperados em relação ao objetivo central da iniciativa, esperavam também gerar um impacto no fomento a um processo contínuo de EPS na UBS. Era esperado que, com a participação na iniciativa, os profissionais compreendessem a importância dos processos de EPS para sua formação e desenvolvimento profissional, e se mostrassem abertos a continuar participando desses processos. Nesse sentido, os executores consideraram que o impacto esperado foi gerado e expressaram o desejo de que encontros do “Saúde da Família em Debate” passassem a ocorrer

periodicamente na UBS, como forma de institucionalizar esse dispositivo e efetivar um processo contínuo de EPS na rotina da UBS.

## 4 DISCUSSÃO

Merhy<sup>12</sup> aponta que uma intervenção institucional voltada para mudanças nos processos de trabalho, especialmente na área da saúde, se depara com uma dinâmica profundamente complexa, permeada por problemáticas inerentes à micropolítica do trabalho. Nesse sentido, o autor destaca que, ao propor uma mudança em um processo de trabalho, não basta ter apenas uma programação de ação, como diretrizes e normas a serem seguidas. Embora essas sejam essenciais para implementar mudanças, é necessário buscar novas possibilidades operativas para viabilizar esse complexo processo de intervenção institucional. Dessa forma, diante desses apontamentos, observa-se que o fato de a experiência ter recorrido à EPS como uma possibilidade operativa para contribuir com a viabilidade do processo de mudança organizacional indica o potencial da EPS como uma estratégia de gestão do trabalho na saúde, no que se refere à operacionalização de intervenções institucionais. Logo, esse achado confirma que a aposta na educação como proposta de mudança dos serviços de saúde continua válida e atual.<sup>13</sup>

Dentre os elementos constituintes da EPS, podem-se destacar: a proposta de criar espaços coletivos de discussão com o objetivo de levar os profissionais à reflexão e avaliação de suas práticas cotidianas; o enfoque na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; e a busca por promover um processo constituído "no" e "para o" trabalho.<sup>2,6,13</sup> Frente a esses elementos, é possível identificar correlações/interseções com a descrição do desejo dos executores que os levou a recorrer à EPS, alinhando-se ao que é instituído.

É essencial que a formulação de processos de EPS parta da emergência das necessidades próximas às realidades do cotidiano de trabalho dos atores envolvidos.<sup>14</sup> Dessa forma, analisando a experiência em questão, percebe-se que o fato de sua realização ter surgido de uma necessidade inerente ao contexto da UBS e de seus profissionais, assim como os assuntos abordados nos encontros, está alinhado com essa prerrogativa.

O trabalhador da saúde opera com sua dimensão cognitiva (capacidade técnica), mas a forma como analisa e intervém no seu cotidiano de trabalho está diretamente relacionada à sua subjetividade, que é expressa a partir de suas experiências e valores de vida. Nesse sentido, aponta-se que, para alcançar eficácia nos processos pedagógicos, estes devem operar

não apenas como processos de cognição, mas também voltados para a subjetividade dos trabalhadores.<sup>13</sup> Frente a essa consideração, é importante destacar que a inserção de assuntos nos encontros relacionados mais ao campo pessoal/individual revela a preocupação no planejamento do dispositivo em promover um processo pedagógico que opere tanto no campo da cognição quanto da subjetividade, a fim de atingir os objetivos desejados.

Práticas pedagógicas que se baseiam apenas na transmissão de informações geralmente buscam promover mudanças, como se fosse possível prescrever o “modo certo de fazer”. No entanto, prescrições de trabalho não se concretizam necessariamente em trabalho realizado<sup>2,14,15</sup>.

Nesse sentido, para ressignificar ou transformar os processos de trabalho, é preciso ir além da mera transmissão de informações, sem abrir mão do contato com o que é vivenciado no cotidiano do trabalho.<sup>2,16</sup> Portanto, a preocupação expressada na experiência analisada, de ir além da transmissão de informações, reflete a importância de, ao buscar mudanças nas práticas, não se limitar a práticas pautadas apenas nessa transmissão.

Um processo de ensino-aprendizagem baseado na EPS busca incorporar elementos de metodologias educativas ativas que se apoiem no conceito de ensino problematizador, o qual se dá por meio da análise crítica do cotidiano.<sup>1</sup> Dessa forma, o achado da análise da experiência, referente à construção dos encontros em cima de atividades inspiradas na metodologia da problematização, visando permitir que os profissionais problematizassem e refletissem sobre o que estavam vivenciando no cotidiano de trabalho, está alinhado com essa diretriz, assim como evidenciado por outros estudos<sup>5,7</sup> que constataram a recorrente utilização da metodologia da problematização em experiências de EPS.

Ainda em relação à construção dos encontros, o uso de estratégias metodológicas para propiciar a interatividade e participação dos profissionais corrobora com o estudo de Peduzzi et al.<sup>6</sup>, que aponta a predominância de estratégias interativas e participativas em experiências de EPS na APS. O uso desses tipos de estratégia tem se mostrado como uma das características na construção de um processo de EPS. Essa característica apresenta significativa relevância, pois se considera que, para potencializar um processo pedagógico, é necessário buscar meios que oportunizem a experimentação de um fazer coletivo, onde as percepções de cada um sejam adicionadas à discussão, promovendo reflexões coletivas.<sup>14</sup>

O estudo de Peduzzi et al.<sup>6</sup> também constatou que a grande maioria das atividades das experiências de EPS analisadas tinha uma duração considerada curta (<20 horas), assim como

observado na experiência aqui analisada, o que pode indicar uma tendência dos processos de EPS a serem promovidos com essa característica.

Oportunizar a participação de profissionais de diferentes categorias nos encontros traz outro elemento que está afinado com a EPS, uma vez que atividades pedagógicas orientadas para equipes de trabalho e trabalhadores/comunidade tendem a estar mais próximas da EPS por serem voltadas para a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade.<sup>6</sup>

Ainda em relação às categorias profissionais participantes, embora a ausência de médicos e enfermeiros na experiência não tenha sido uma decisão dos executores, a presença desses profissionais poderia ter potencializado o processo promovido. Isso porque considera-se que o envolvimento de todos os atores inseridos no contexto pode gerar conhecimentos diferenciados a partir da troca de experiências e das singularidades de cada um<sup>7</sup>. Portanto, ressalta-se a importância de, ao idealizar um processo de EPS, buscar, sempre que possível, a incorporação não apenas de todos os profissionais, mas também de gestores e usuários/comunidade.

Um fato que chamou atenção foi a descrição do comportamento, inicialmente reativo e resistente, de alguns profissionais. Entende-se que um indivíduo tende a apresentar dificuldades diante de mudanças em uma prática quando esta se mostra estabilizada pela sua repetição frequente<sup>17</sup>. Logo, o comportamento descrito pode ter ocorrido porque os profissionais estavam habituados e “estabilizados” no modelo/prática em que atuavam. Ceccim<sup>2</sup> indica que a produção de mudanças ou a incorporação de novos elementos na prática de uma pessoa ou organização só é possível a partir do contato com os desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho. O conjunto dos elementos usados na construção dos encontros, apontados anteriormente, pretendia oportunizar que os profissionais, ao longo dos encontros, refletissem e discutissem sobre o que estavam vivenciando na prática. Dessa forma, seguindo a indicação de Ceccim<sup>2</sup>, os encontros podem ter permitido que os profissionais, aos poucos, incorporassem novos elementos, frente aos desconfortos experimentados. Portanto, partindo da suposição de que isso ocorreu, esse pode ter sido o disparador da mudança de comportamento observada, evidenciando o potencial da EPS em promover um processo que vai além da aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas.

Embora possam apresentar desafios, experiências de integração ensino-serviço têm mostrado repercussões positivas, beneficiando tanto o ensino quanto o serviço.<sup>18</sup> Portanto, cabe ressaltar que a experiência foi possível graças à parceria de integração ensino-serviço,

sinalizando que os serviços de saúde que adotam esse tipo de integração podem utilizá-la como uma estratégia oportuna e produtiva para viabilizar processos de EPS próprios.

Outro achado relevante é que, apesar de ter sido necessário utilizar alguns recursos, a experiência foi viabilizada sem depender de financiamento externo ou do uso de recursos complexos e de alto custo, além de ter partido de uma integração ensino-serviço.

Desenvolver e multiplicar processos de EPS nos serviços de saúde pode enfrentar dificuldades relacionadas à infraestrutura, material, gestão, recursos humanos e financeiros.<sup>5</sup> Além disso, parece haver uma tendência de que as atividades de EPS nos serviços de saúde estejam condicionadas a financiamentos provenientes de atores ou órgãos governamentais e/ou educacionais vinculados ao PNEPS.<sup>7</sup> Como indicam Peduzzi et al.<sup>6</sup>, a demanda e a realização das atividades de EPS analisadas eram, em sua maioria, externas às UBS, o que pode ser atribuído, em parte, às dificuldades enfrentadas pelas UBS na operacionalização de processos educativos por iniciativa própria. Portanto, as estratégias utilizadas para viabilizar a experiência, descritas nos dois últimos pontos discutidos, podem sinalizar a factibilidade não só da continuidade da experiência pela própria UBS, mas também da replicabilidade de seu formato por outros serviços de saúde. Dessa forma, os achados deste estudo sugerem que as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde na promoção de processos de EPS podem ser superadas.

Quanto aos resultados obtidos com a experiência, pode-se concluir que, no geral, os profissionais: aprovaram a realização da iniciativa e o formato como foi desenvolvido; conseguiram se aproximar dos assuntos introdutórios sobre a ESF, passando a compreendê-la melhor; em maior ou menor grau, se sentiram mais preparados para atuar no novo modelo; e apreenderam a importância de um processo de EPS como parte do processo de formação e desenvolvimento profissional. Portanto, esses indícios corroboram a consideração dos executores de que foi possível obter resultados positivos com a realização da experiência.

Meyer e Vasconcelos<sup>14</sup> apontam que processos formativos em saúde que partem das realidades e problemas do cotidiano do trabalho e que buscam considerar os saberes e experiências dos trabalhadores tendem a mostrar resultados mais positivos. Isso se deve ao fato de que, nesses tipos de processos, o trabalhador vivencia uma aprendizagem conectada com sua realidade, passando a fazer mais sentido para ele, uma vez que consegue associar o aprendizado com a prática cotidiana. Assim, a aprendizagem significativa, conceito ancorado nos preceitos da EPS, é promovida.<sup>1,14</sup> Nesse sentido, ao resgatar os elementos constituintes da experiência analisada, é possível observar correlações com os fatores que propiciam uma

aprendizagem significativa. Logo, embora não se possa fazer uma afirmação conclusiva, o aprendizado promovido aos profissionais na experiência pode ter sido significativo e, portanto, pode ter contribuído para os resultados positivos obtidos.

Apesar do cenário positivo dos resultados, é importante refletir sobre o não atingimento total do principal resultado esperado. Alguns processos formativos, especialmente os com caráter de capacitação, podem acabar não considerando o tempo necessário para alcançar os resultados esperados. Nesses casos, mesmo que se obtenham aprendizagens individuais, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional, ou seja, para a ação coletiva.<sup>15</sup>

Diante disso, como o contexto da experiência era complexo, talvez a sua duração planejada, considerada curta, não tenha sido suficiente para promover uma aprendizagem organizacional e, conseqüentemente, para que todos os profissionais se sentissem plenamente preparados. Como relatado, os próprios executores afirmaram ter consciência da necessidade de dar continuidade à iniciativa. Nesse contexto, embora os achados não forneçam elementos suficientes para afirmar que o não atingimento do resultado esperado se deu pela duração da experiência, eles apontam para a importância de analisar se a duração idealizada é condizente com o que se pretende alcançar e/ou, mesmo em curso, identificar se é necessária sua continuidade para alcançar os resultados almejados. Assim, o desejo dos executores de institucionalizar o dispositivo na rotina da UBS é essencial para garantir e manter a efetividade dos resultados esperados da experiência analisada.

Para concluir a discussão, como já destacado recorrentemente neste artigo, a EPS tem como enfoque primordial a transformação e mudança de práticas no campo da saúde. Como a experiência analisada envolveu o desenvolvimento de um processo de EPS, entende-se que ela pretendia seguir na direção desse enfoque. Embora os achados indiquem resultados positivos, eles se referem ao momento exato do encerramento da iniciativa e não traduzem se, e de que forma, os profissionais se mostraram mais preparados posteriormente, que era o objetivo central. Portanto, não é apropriado realizar uma análise conclusiva sobre esse ponto, sendo necessário uma análise aprofundada do contexto pós-experiência. No entanto, se fosse possível fazer uma consideração mais concreta sobre qualquer transformação, ela estaria mais relacionada ao impacto esperado do que ao objetivo central. Os indícios sugerem que, ao menos, os profissionais transformaram sua compreensão sobre a importância de problematizar e refletir as práticas do cotidiano de trabalho como um processo significativo de formação e

desenvolvimento profissional. Isso indica um cenário fértil para fomentar um processo contínuo de EPS na UBS, alinhado com o impacto esperado pelos executores.

Por fim, é relevante ressaltar que os executores da experiência se preocuparam em registrar, por meio de um relatório de execução, como a experiência foi desenvolvida e os resultados obtidos. Isso destaca a importância da gestão do conhecimento (processo de gerar, armazenar, distribuir e utilizar o conhecimento<sup>19</sup>) das iniciativas/experiências de EPS, para fornecer subsídios não apenas para um debate mais qualificado e efetivo sobre os fatores envolvidos, mas também para a tomada de decisão sobre a instituição de processos de EPS.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em suma, acredita-se que a análise desenvolvida neste artigo trouxe uma série de reflexões problematizadoras, propositivas e, também, reveladoras sobre a EPS. Dessa forma, espera-se que as reflexões emergidas consigam trazer as contribuições almejadas para o debate acerca das iniciativas/experiências de EPS no Brasil.

Cabe ressaltar que este artigo não tem a pretensão de comprovar se a EPS se concretiza, de fato, como uma estratégia promotora de transformações. Entretanto, embora não haja indícios conclusivos de transformação de práticas, as reflexões apresentadas sinalizam que, ao menos, a EPS se mostra como um caminho possível para iniciar um processo transformador no cotidiano de trabalho no campo da saúde. Assim, é um desafio ambicioso e cada vez mais necessário, que vale a pena ser enfrentado, diante da promessa dos resultados que se pretende alcançar<sup>2,5,16</sup>.

A análise realizada também revela que, dentre suas várias possibilidades de uso, a EPS se apresenta como uma estratégia potente de apoio em processos de intervenções institucionais com enfoque em mudanças de modelos organizativos nos serviços de saúde, como descrito na experiência.

Portanto, espera-se que a leitura deste artigo seja motivadora na busca pelo fomento de processos de EPS, nas suas diferentes possibilidades, nos serviços de saúde, não apenas no contexto da APS, mas também em outros âmbitos do campo da saúde.

Por fim, o fato de a experiência ter sido desenvolvida em parceria com um bacharel em Saúde Coletiva evidencia que este profissional possui habilidades e competências para fomentar processos de EPS. Assim, é necessário dar visibilidade à sociedade de que atuar no desenvolvimento de processos de EPS é uma potente possibilidade de atuação para o bacharel

em Saúde Coletiva. Nesse sentido, espera-se que este artigo seja utilizado como um meio de dar essa visibilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Gigante RL, Campos GWS. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. Educ. Saúde*. 2016; 14(3):747-63.
2. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-78.
3. Ferraz F, Backes VMS, Mercado-MARTÍNEZ FJ, Prado ML. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde transf. soc.* 2012; 3(2): 113-128.
4. Figueiredo EBL, Gouvêa MV, Cortez EA, Santos SCP, Alóchios KV, Alves LMS. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 5(1):147-62.
5. Miccas FL, Batista SH. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Públ.* 2014. 48(1): 170-85.
6. Peduzzi M, Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva J. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009 13(30):121-34.
7. Stroschein KA, Zocche DA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2011; 9(3):505-19.
8. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Cienc. Saude Colet.* 2010; 15(4):2029-38.
9. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus: Actas Saude Colet.* 2013; 7:13-35.
10. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 15 fev 2017, N. 33, Sec. 1, p.4.
11. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 78 de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 15 fev 2017, N.33, Sec. 1, p.7.
12. Merhy EE. Em busca do tempo perdido. A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.71-112.

13. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):427-38.
14. Meyer DE, Felix J, Vasconcelos MFF. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):859-71.
15. Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília; 2009. p. 39-58.
16. Andrade RS, Caldas LBSN, Falcão MLP, Góes PSA. Processo de trabalho em unidade básica de saúde da família e a educação permanente. *Trab. Educ. Saúde*. 2016; 14(2):505-21.
17. González AD, Almeida M, Mendonça, FF. Percepções de participantes quanto ao curso de ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. *Ver. bras. educ. med.* 2009; 33(2):176-185.
18. Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev. eletrônica enferm.* 2014; 16(1):228-37.
19. Rocha ESB, Nagliate P, Furlan CEB, Rocha JR, K, Trevizan MA, Mendes IAC. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. *Rev. Latinoam. Enfermagem*. 2012; 20(2):1-9.

# **As interferências do processo de trabalho na vida dos agentes comunitários de saúde**

*The interference of the work process in the life of community health agents*

*La interferencia del proceso de trabajo en la vida de los agentes de salud comunitarios*

**Tiago de Souza<sup>1</sup>**  
**Paulo Antonio Barros Oliveira<sup>2</sup>**

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) | oliveira.pauloantonio@gmail.com

## **RESUMO**

Este estudo objetivou estabelecer o impacto do processo de trabalho e caracterizar as interferências cotidianas, na qualidade de vida de um grupo de 62 agentes comunitários de saúde. Trata-se de um estudo do tipo censitário, descritivo exploratório e de abordagem qualitativa. O tratamento dos dados de natureza qualitativa foi feito por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram 5 Ideias Centrais e 5 discursos, que são a base do material de análise, sendo eles: Ideia Central -A Não interfere; Ideia Central – B Não interfere, mas já interferiu; Ideia Central -C Excesso de preocupação na resolução dos problemas dos usuários; Ideia Central – D Aprendizado com os usuários e suas vidas; Ideia Central -E Processo de Trabalho. A pesquisa demonstrou e caracterizou a interferência do processo de trabalho na vida do Agente Comunitário de Saúde, estabelecendo algumas causas de sofrimento físico e mental para este grupo de trabalhadoras.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Agente Comunitário de Saúde. Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To establish the impact of the work process and to characterize everyday interference in the lives of a group of 62 community health workers. **Methods:** This is a census study, exploratory descriptive and qualitative approach. The treatment of qualitative data was made through the construction of the Collective Subject Discourse (CSD). **Results:** In this study the interviews provided 5 Central Ideas (CI) and 5 speeches, which are the basis of the analysis material, as follows: CI-A Does not interfere; CI-B Does not interfere, but has already interfered; CI-C Excessive concern in solving user problems; CI-D Learning with users and their lives; CI-E Working Process. **Conclusions:** The research demonstrated and

characterized the interference of the work process in the life of the community health workers, establishing the main causes of physical and mental suffering for this group of workers.

**Keywords:** Family Health Strategy. Community Health Workers. Quality of Life.

## RESUMEN

**Objetivos:** Establecer el impacto del proceso de trabajo y caracterizar la interferencia cotidiana en la vida de un grupo de 62 trabajadores comunitarios de salud.

**Métodos:** Se trata de un estudio censal, de abordaje descriptivo exploratorio y cualitativo. El tratamiento de los datos cualitativos se realizó mediante la construcción del Discurso Colectivo del Sujeto (CDS). **Resultados:** En este estudio las entrevistas aportaron 5 Ideas Centrales (CI) y 5 discursos, que son la base del material de análisis, de la siguiente manera: CI-A No interfiere; CI-B no interfiere, pero ya ha intervenido; CI-C Excesiva preocupación por resolver los problemas de los usuarios; Aprendizaje CI-D con los usuarios y sus vidas; Proceso de trabajo CI-E. **Conclusiones:** La investigación demostró y caracterizó la interferencia del proceso de trabajo en la vida de los trabajadores comunitarios de salud, estableciendo las principales causas de sufrimiento físico y mental de este grupo de trabajadores.

**Palabras clave:** Estrategia de Salud de la Familia. Trabajadores comunitarios de la salud. Calidad de vida.

## 1 INTRODUÇÃO

A constituição de cada sujeito trabalhador, composta por perspectivas e idealizações, ao se chocar com um processo de trabalho que ignora tal subjetividade, exerce uma ação específica capaz de produzir sofrimento, fazendo com que os coletivos criem estratégias conjuntas para superar esse desgaste associado à realização do trabalho<sup>1-2</sup>.

É importante a compreensão de que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem diretrizes de trabalho pré-estabelecidas legalmente e suscetíveis ao processo saúde-doença oriundo do trabalho. Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho auxilia no entendimento desse processo, bem como possibilita alternativas de intervenção. Trata-se de ações transformadoras e que visam a apropriação da dimensão humana do trabalho por meio de uma perspectiva diferenciada, na qual podemos entender o desfecho das trajetórias de cada indivíduo trabalhador<sup>3</sup>.

Essa filosofia humanística e interdisciplinar carrega consigo a aplicação concreta de objetivos claros no que se refere à proposição de mudanças no trabalho, a fim de produzir ambientes favoráveis à satisfação dos trabalhadores, colocando o homem no centro de suas

preocupações, buscando o aumento da produtividade organizacional, e caracterizando um dos conceitos de qualidade de vida no trabalho (QVT)<sup>4-6</sup>.

O comportamento de mediação estabelece a principal característica dos ACS's, visto que são trabalhadores com experiências cotidianas capazes de promover polifonias relevantes na atenção dos usuários. São articuladores em potencial das atividades em saúde e oferecem para as equipes um “olhar” diversificado do sentido cartesiano e mecanicista tipicamente fadado à presente conformação do ensino em saúde pois, por viverem e experienciarem dia após dia os fluxos comunitários, dispõem de um saber amplificado no que se alude à estrutura onde se fundam as relações sociais, culturais, econômicas e ambientais do campo de trabalho da atenção primária<sup>7</sup>.

As diretrizes ministeriais que conduzem as atividades do ACS consideram para a dinâmica supervisionada de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de intervenções domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, concebidas de acordo com as orientações do SUS. Tais intervenções configuram-se por meio de recursos para reconhecimento demográfico e sociocultural da sociedade, da realização de condutas de educação para a saúde próprio e comunitária, do registro (para fins próprios de gestão e organização) das atividades de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, do fomento à participação da população nas políticas públicas voltadas para a campo da saúde, da execução de visitas domiciliares periódicas para acompanhamento de condições de risco à família e da cooperação em atividades que intensifiquem os elos entre o setor saúde e diferentes políticas que produzam a qualidade de vida<sup>8</sup>.

A ideia de que a satisfação no trabalho compõe grande parcela da satisfação global, ou seja, na vida do trabalhador<sup>9</sup>, justifica a crescente aplicação de ações voltadas à QVT, visando o resgate de certos valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. O sofrimento por conta do trabalho emerge no momento em que os trabalhadores se deparam com configurações fragmentadas, desconexas, burocráticas, normatizadas, rotineiras, carregadas de exigências, que se chocam com a sua realidade extra laboral<sup>10-11</sup>.

Os sujeitos são singulares e apresentam demandas subjetivas antes mesmo de entrar no mundo do trabalho, não as abandonando no momento de seu ingresso. Pode-se dizer, portanto, que o perfil dos indivíduos não pode ser totalmente integrado, pois está interligado simultaneamente a diferentes grupos (família, religião, entidades de classe etc.). Tais grupos certamente se constituem em fontes de subjetividade em detrimento do trabalho em saúde no

Brasil com o SUS, sendo que este possui caráter mecanicista e econômico, dificultando ao homem externar sua totalidade como pessoa<sup>12</sup>.

Esta pesquisa surge a partir de uma demanda inicialmente oriunda das práticas no SUS, em decorrência da experiência do pesquisador em processo de formação (residência multiprofissional) e em atuação profissional (educação permanente em saúde), que durou aproximadamente sete anos (2010 a 2017). Durante esse tempo, houve a possibilidade de convívio com os trabalhadores da atenção básica, sobretudo com ACSs, o que levou o pesquisador a observar de forma empírica a grande quantidade de trabalhadores em sofrimento físico e psíquico. Dessa forma, o artigo objetivou estabelecer o impacto do processo de trabalho na vida de um grupo de 62 ACSs de um município brasileiro, localizado no estado do Rio Grande do Sul.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Métodos**

Trata-se de um estudo do tipo censitário, descritivo exploratório e de abordagem qualitativa. Participaram deste estudo todos os trabalhadores ACSs (62 sujeitos) que exerciam suas atividades nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, no ano de 2016. Os critérios de exclusão foram: servidores em férias, afastados do trabalho no período da coleta dos dados ou que se negaram a participar da pesquisa.

A pesquisa foi coletada num município brasileiro localizado no estado do Rio Grande do Sul, pertencente à Região Metropolitana de Porto Alegre e ao chamado Vale do Rio dos Sinos. Possui 60 km<sup>2</sup> de área, 63.767 habitantes e 98,13% de cobertura da ESF. Os ACS faziam parte das oito Equipes de ESF do município.

Inicialmente o projeto foi apresentado para banca no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL), quando o Parecer Consubstanciado foi emitido. Em seguida, o Termo de Autorização de Pesquisa foi assinado, junto à Secretaria Municipal de Saúde, e tivemos acesso à relação de trabalhadores da rede básica com base na função exercida, ou seja, trabalhadores no cargo de agente comunitário de saúde e as unidades nas quais trabalhavam.

Posteriormente, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade vinculada e recebeu a aprovação sob o número 1.541.369. O autor agendou encontros dentro do Programa de Educação Permanente (PEP) da prefeitura para explicar aos

trabalhadores os objetivos do estudo e como ele foi conduzido, ocasião na qual os que concordaram em participar e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os instrumentos da pesquisa. Em data posterior, o autor realizou entrevistas individuais com o objetivo de levantar dados quali-qualitativos relacionados ao processo de trabalho, utilizando um questionário semi estruturado, seguindo um roteiro de questões norteadoras, respeitando a disponibilidade e a singularidade dos participantes, em relação à existência de interferência do trabalho nas suas vidas.

O tratamento dos dados de natureza qualitativa foi feito por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos desenvolvida no fim da década de 90 e que tem como fundamento a teoria da Representação Social<sup>13</sup>. O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados<sup>14</sup>.

A construção de um DSC foi realizada em três fases distintas de sistematização das ideias. Inicialmente buscamos estabelecer as Expressões-chave (ECs) por meio das transcrições literais de parte dos depoimentos (contínuos ou não), visando o resgate de sua essência. Posteriormente configuramos a Ideia Central (IC), realizando a síntese do conteúdo do discurso explicitado pelos participantes.

Por último, construímos o DSC somando os discursos na tentativa de aglutinar as ideias, considerando os posicionamentos individuais e as diferentes possibilidades de categorização necessárias para representar o pensamento desse grupo de indivíduos em relação ao seu processo de trabalho e à interferência do trabalho na sua qualidade de vida. Os depoimentos coletivos foram escritos na primeira pessoa do singular para produzir o efeito de uma opinião coletiva, caracterizando as representações sociais<sup>14</sup>.

## **2.2. Resultados e análise**

Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, de oito equipes de ESF, com idade entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) homens. Quanto à escolaridade, 1 deles (1,6%) tem o ensino fundamental incompleto, 3 deles (4,8%) têm o ensino fundamental completo, 14 deles (22,6%) indicam ensino médio incompleto, 34 (54,8%) citam ensino médio completo, 9 (14,5%) têm ensino superior incompleto e 1 deles (1,6%) indica ensino superior completo. A maioria das trabalhadoras, mais especificamente 50 delas (80,6%), era casada ou morava junto com um parceiro, sendo que 51 (82,3%) residiam em domicílios próprios, 5 (8,1%) em domicílios alugados e 6 (9,7%) em domicílios

cedidos. A renda familiar média era de R\$ 2.949,34. Os dados demonstram similaridade com outros estudos que objetivaram traçar perfis desta população, com exceção da caracterização da renda familiar, que se mostrou relativamente mais alta.

O tempo médio do exercício do trabalho remunerado durante a vida foi de 15,5 anos e o tempo médio do exercício da função de ACS foi de 5 anos. O grupo totaliza 11.581 famílias cadastradas, com distribuição individual entre 130 e 280, correspondendo a uma média de 186 famílias por ACS.

Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram 5 ideias centrais e 5 discursos, que são a base do material de análise.

Passamos a discutir os Discursos dos Sujeitos Coletivos, objeto deste trabalho, a partir da questão disparadora “*Em que aspectos o trabalho interfere na sua vida?*”. Do total de entrevistados obtivemos 60 respostas, uma vez que 2 deles não quiseram responder a essa pergunta. A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados quantitativos, a partir da síntese das ideias centrais e suas respectivas frequências de manifestações.

**Tabela 1 – Síntese das ideias centrais e respectiva frequência de manifestações para a questão: “Em que aspectos o trabalho interfere na sua vida?”**

<b>Ideias Centrais</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
A Não interfere	19	31,6
B Não interfere, mas já interferiu	2	3,33
C Excesso de preocupação na resolução dos problemas dos usuários	19	31,6
D Aprendizado com os usuários e suas vidas	14	23,3
E Processo de Trabalho	9	15,0

Obs.: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100% porque um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

**Fonte:** DSC, coletado em maio de 2016.

A ideia central A (Não Interfere) representa 31,66% dos entrevistados, sendo expressa pelo discurso do sujeito coletivo:

Ele não interfere na minha vida porque eu não deixo. Se eu preciso fazer algo do trabalho, vou até feriado ou sábado, mas é porque eu quero, posso ficar fazendo meus trabalhos no horário e depois recupero. Procuro separar, deixar resolvido o máximo possível no local de trabalho, para poder ficar bem despreocupada fora do mesmo. Quando chego em casa procuro não lembrar dos problemas das pessoas. O meu trabalho me completa, me realiza é um complemento, eu gosto de fazer o que eu faço, amo tudo o que eu faço nos grupos. Levo a vida normal. Vou para casa, se

alguém bate na porta, pedindo alguma informação, nº de fichas, médico, pediatra, ou mesmo quando ando nas ruas, no ônibus, dou informações, converso, sem nenhum problema. As vezes atendo telefone de usuários que me liguem, eu já me acostumei com eles. Só me faz bem trabalhar, é normal.

Fonte: DSC, coletado em maio de 2016, entrevista com autor.

O discurso expresso na ideia central acima, aponta para uma indefinição de jornada de trabalho, embora a manifestação, não caracterize impacto diretamente negativo na vida dos trabalhadores. A realização pessoal está presente de forma clara, no sentido de justificar processos de ressignificação da relação morador-ACS, visto que, a partir da fala, foi possível perceber que por alavancarem satisfações, estão dispostos a atender a população mesmo fora de seu horário de trabalho. Para além disto, podemos observar discrepâncias ético-políticas sobre as possibilidades de promoção da saúde a partir da lógica de auto-organização comunitária e sistemas de Estado<sup>15-17</sup>.

Os sujeitos que expressaram a ideia central B (Agora não interfere mais), trazem 3,3% do total das respostas, caracterizando o discurso do sujeito coletivo a seguir exposto:

Agora não interfere em nada, no início eu levava os problemas dos outros pra dentro de minha casa, quase surtei. Comecei com análises e psiquiatria, hoje não faço mais uso de medicações e entendi que a vida dos outros, eu posso tentar ajudar até onde meu horário de trabalho permite, depois disso, é minha família que importa. E o usuário? Amanhã eu retomo com ele e, se posso ajudar, ótimo, se não cabe mim, passo para outro profissional que possa ajudá-lo. No começo o que interferia era que eu não conseguia me desligar dos problemas dos usuários, até que um dia resolvi mudar. Hoje quando chego em casa, largo a mochila. Termina a ACS e começa a mãe, esposa, vovó, filha e irmã.

Fonte: DSC, coletado em maio de 2016, entrevista com o autor.

É interessante perceber o processo de “maturação” da experiência de trabalho expressa neste discurso. Claramente é possível identificar o efeito adoecedor na saúde mental dos trabalhadores, quando não conseguiam desvincular o indivíduo ACS do morador do bairro. Se destaca a importância do cuidado em saúde mental referido, para que haja o estabelecimento de autoconhecimento, visando o total entendimento de vida, psiquismo, sociedade e trabalho, a fim de possibilitar uma melhor relação com os diferentes espaços de constituição de identidade(16,18,19).

O “Excesso de preocupação na resolução dos problemas dos usuários” (Ideia Central C), representada por 31,66% do total de entrevistados 48,71% dos ACS's que referem que existe interferência do trabalho em sua vida, foi destacado pelo discurso abaixo:

Me angustio demais com os problemas da população, em alguns casos preocupada com famílias que não posso resolver o caso delas ou quando não consigo um retorno para os pacientes sobre assuntos que a unidade não resolve, acabo ficando entristecida. Algumas vezes tenho dificuldade de chegar em casa e esquecer alguns casos específicos, muitas vezes casos de pacientes terminais, isso me deixa muito abalada ainda, apesar de anos de trabalho. Responsabilidade com a vida, com as vidas, interfere totalmente pois não consigo me desligar dos problemas das pessoas quando volto pra casa, fico pensando demais nos problemas dos meus usuários. Muitas vezes ficamos preocupadas, às vezes até chocadas com histórias familiares(dramas) do dia a dia que algumas famílias enfrentam. Desta forma, levamos para o nosso dia a dia familiar (para o nosso lar) estas preocupações, já que muitas vezes não temos respostas e soluções imediatas para ajudar aquela família desestruturada e que necessita de nossa ajuda. No início não dormia devido preocupação com os problemas das pessoas, tentando uma solução para poder ajudá-las e passar logo a equipe. Em algumas situações que não consigo atender as pessoas como eu gostaria, no meio em que elas vivem. No emocional, pois tem situações em que fico triste com a realidade em que vejo e sei que não depende de mim. Quando não conseguimos resolver algum problema. Porque não depende só de nós, mas também de toda equipe.

Fonte: DSC, coletado em maio de 2016, entrevista com o autor.

Este discurso está centrado na palavra “preocupação”. O que se observa é a incapacidade de desvincular relações cotidianas frente a problemáticas sociais, familiares, culturais, econômicas e de saúde. Esta característica corrobora com outros estudos que demonstram o quanto se preocupar demasiadamente pode ser considerado um comportamento estressor<sup>20-23</sup>. De certo modo, a constituição do processo de trabalho de forma diversa às diretrizes preestabelecidas coloca o agente comunitário numa frente de ações múltiplas. Dentre estas distorções, temos a ideia de que o mesmo possui a função de suporte em saúde mental, emocional e psicológico quando, na verdade, é este trabalhador que necessitaria de auxílio para dar conta das diferentes realidades acompanhadas, bem como, da forma de lidar com estas vivências de maneira saudável<sup>19,24-25</sup>.

Nem todas as ideias centrais demonstraram impactos negativos em relação ao trabalho e qualidade de vida. A IC “Aprendizado com os usuários e suas vidas” (IC-D), com 23,33% do total de entrevistados e 35,84% dos que relataram alguma interferência, traz consigo a possibilidade de crescimento e aprendizado mútuo a partir das trocas significativas de experiência com os usuários. O discurso abaixo evidencia esta relação:

Ver os problemas dos outros, como fazem é bom para avaliar na casa da gente, como os outros têm mais problemas que eu, consigo ter mais facilidade no agir, no desenvolvimento das minhas atividades diárias. São lições de vida passadas pelos usuários, me ponho no lugar deles e os problemas da UBS. Olhando para o lado bom, o meu trabalho também interfere de maneira positiva, pois me faz ter mais compaixão pelo próximo e ser mais feliz pelo que sou e tenho (não estou falando em questão material), mas muito mais emocional, sentimental, psicológico, existem pessoas em situações muito, mas muito mais difíceis do que as que tenho que enfrentar. Me faz ser uma pessoa melhor, dar mais valor ao pouco que às vezes para outros é muito. Nos aspectos físicos e mentais, pois são muitas realidades encontradas que podemos ajudar e cada vez eu aprendo mais e muito mais. Trabalhar em saúde faz parte da minha vida, meu pai trabalhou aproximadamente 30 anos como motorista de ambulância, por isso que escolhi esta área. Me sinto integrada ao convívio social do bairro, as vezes fico triste com que vejo e escuto, mas já aprendi muito desde que sou ACS, e posso aplicar na minha vida, família, na saúde de todos, então o trabalho só interfere para coisas boas. Criamos um vínculo de amizade com os pacientes que acabo me preocupando o tempo todo. Com o conhecimento das dificuldades dos outros, o trabalho me ajuda a superar e enfrentar os meus desafios. Aprendo com os usuários muitas coisas que ponho em prática na minha casa e descubro outras coisas que tenho para que nunca aconteça conosco.

Fonte: DSC, coletado em maio de 2016, entrevista com o autor.

O trabalho do ACS, sobretudo, compartilha de experiências de cidadania, já que, manifesta-se não apenas pela transmissão de conteúdos predefinidos, mas sim, produz um aprendizado cognitivo, afetivo e social<sup>26</sup>. Esta sensação de “recompensa”, oriunda deste processo de aprendizado, também contribui para promover uma atenção mais humanizada, manifestada pela satisfação do usuário pelo próprio movimento de escuta qualificada no momento da interação<sup>25,27-29</sup>.

Outro aspecto importante que podemos observar, está relacionado às construções coletivas de conhecimento, ou seja, “aprender a aprender”. O contexto histórico destes atores (ACS-Usuário) possui uma intersecção importante, configurando um “aprender a conhecer”, quando desperta prazer no ato de compreender o outro e a relação deste com o mundo, na busca de um viver com dignidade<sup>30,31</sup>.

Por último, a IC-D (Processo de Trabalho), totalizou 15% do total de entrevistados e 23,07% dos que referem interferência do processo de trabalho em suas vidas. A relação pode ser acompanhada pelo discurso abaixo:

Quando existe assédio moral por parte de enfermeiras e coordenação. Os horários que fico até tarde na rua, então chego cansada e com pouca disposição para minha família, então isso às vezes me gera estresse. Levo muito os sentimentos e problemas das pessoas para casa, pois me ponho no lugar delas e absorvo os

problemas da UBS pois, quem trabalha lá, não tem uma visão de ESF e não tem vontade de ir na UBS. Nos últimos três anos está um pouco cansativo fisicamente, pois moro longe da minha área, por andar no sol e a voz por usá-la bastante, mas amo minha equipe e comunidade, então nunca pedi para trocar de área. Quando deparo com situações que não consigo resolver ou, também, quando acontece do usuário não receber a visita de forma cordial e não consigo cumprir as metas. A burocracia, o descaso dos administradores com os problemas levados que, muitas vezes, o que falta é vontade de se comprometerem, (descaso, mesmo). Quando preciso ir depois do horário fazer VD, as vezes chego muito tarde e a família reclama, mas não me importo. Às vezes, é muito cansativo fisicamente, como no verão, e mentalmente, como quando visitamos pessoas com muitos problemas e quando reclamam e xingam.

Fonte: DSC, coletado em maio de 2016, entrevista com o autor.

Neste discurso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer espaços de diálogo entre gestão e trabalhadores, uma vez que, importantes demandas foram elencadas como fatores de influência na qualidade de vida. A expressão “assédio moral”, por definição, representa atos que atinjam a dignidade do trabalhador ou seus Direitos, deste modo, programas de prevenção de assédio moral e sexual, vem sendo desenvolvidos em diferentes instituições<sup>32,33</sup>.

Alguns autores destacam programas de intervenção a fim de coibir a existência de assédio nas instituições, propondo diferentes fases de execução: Avaliação de riscos e auditoria das práticas existentes; Desenvolvimento de planos de ação, com listas das medidas preventivas necessárias em ordem de prioridade, destacando quem é responsável e o prazo; Implementação do plano para redução dos riscos ou intervenções; Avaliação regular do plano de ação; Aprendizagem organizacional, visando à atualização e às adaptações do plano de ação<sup>34-35</sup>.

O discurso expresso na IC-D, também refere que não há o entendimento correto do real propósito da ESF. Fica evidente que uma visão distorcida, por parte da equipe, produz um trabalho distanciado dos indivíduos e da integralidade do cuidado, proporcionando um sentimento de frustração do trabalhador<sup>36</sup> e, por consequência, a desvinculação entre usuários, serviços e setores<sup>37</sup>. Se pensarmos que o vínculo orienta o cuidado em saúde, o conhecimento das famílias, identificação dos modos de vida, as dificuldades de saúde, a articulação e compartilhamento na perspectiva da integralidade, é possível concluir que a característica descrita no discurso pode ser considerada como fator estressante do ACS<sup>38-39</sup>.

O meio ambiente também foi descrito como aspecto de interferência. Esses fatores, relacionados ao trabalho, são descritos em outras pesquisas como desgastantes e demandam do poder público, materiais simples, tais como capa de chuva, protetor solar, programas de

cuidado da saúde vocal, uniformes condizentes com os fatores climáticos do estado, matérias de escritório, entre outros<sup>39-40</sup>.

Mesmo os ACS's sendo integrantes das comunidades, vivendo em situações semelhantes às dos usuários do serviço e uma relação de identificação com as condições de vida e saúde da população<sup>41</sup>, eles sofrem com o desrespeito e a falta de cordialidade ao recebê-los nas residências. Essa característica descrita, corrobora com outros estudos que visam estabelecer a relação trabalho e stress<sup>2,6,19,42-43</sup>.

O discurso também produz reflexões sobre a lógica do trabalho organizado de forma taylorista, expresso por metas e ritmos de trabalho excessivos dentro de prazos curtos, sem planejamento cronológico, sujeito a interrupções e intervenções externas constantes<sup>25,44</sup>. Além disso, aponta para ações desconexas nos métodos administrativos, frente às situações levantadas por eles, bem como descaso à proteção ocupacional e à falta de apoio governamental<sup>45</sup>.

### **3 CONCLUSÕES**

As IC-A/B corresponderam, em seu somatório, a maior parte das respostas que evidenciaram a “não interferência” do trabalho em suas vidas, embora ao analisarmos a produção subjetiva do discurso, existem contradições em vários pontos, o que pode representar uma dificuldade em se autoconhecer ou, até mesmo, de reconhecer o ambiente no qual estão expostos<sup>19</sup>.

Para entendermos esta subjetividade no discurso, faz-se necessária a reflexão sobre “processo de trabalho”, de forma a validar a concepção de que trabalhar não se constitui apenas na execução de tarefas e representações práticas da efetivação de ordens e normas, mas em uma sequência de atos e reflexões intelectuais capazes de transformar a natureza e, paralelamente, o próprio trabalhador. Tal aspecto é o que diferencia o trabalho humano do dia a dia da capacidade primitiva dos animais de se adaptar a diferentes situações (por meio de seu instinto de sobrevivência), ou seja, se o trabalho for pensando enquanto atividade cognitiva, pode-se entender o resultado deste como o produto de um planejamento, previamente idealizado pelo trabalhador<sup>46</sup>.

Entendendo que o trabalho representa possíveis mudanças na existência dos indivíduos servidores e que ao longo de séculos, de forma contínua, existe um aumento no conhecimento entre as ligação entre o trabalho e o processo saúde-doença em diferentes campos de

aprendizado, ressaltamos como importante a contribuição no campo da saúde coletiva dos estudos pautados à questão do produção na atenção básica, mais especificamente no função do ACS<sup>17,19,47</sup>.

As trabalhadoras que referiram a interferência do trabalho com o discurso interligado a IC-C, elencaram a “preocupação excessiva” como fator estressante. Isso pode provocar frustração, preocupações, além da manifestação de uma construção coletiva de heroísmo<sup>19,48</sup>, uma vez que, nesse caso, não fica explícito para o profissional a proporção de sua produção enquanto trabalhador, em relação ao que é delimitado pela legislação reguladora<sup>19</sup>.

A IC-D demonstrou o reconhecimento de aspectos positivos na relação trabalho-vida. O discurso proporciona uma visão de aprendizado mútuo entre trabalhadores e usuários. Desta forma é possível inferir que, a base do processo de cuidado necessita de constantes reflexões baseadas nos pressupostos da educação em saúde e ao trabalho centrado no cuidado singular. O não entendimento destas relações de constituição, incorporadas à estratégia de saúde da família, dificultam a prática profissional humanizada.

Mesmo com um número de sujeitos menor, comparado a outras ideias centrais, o processo de trabalho expresso pela IC-E, nos trouxe objetos de reflexão importantes para pensar e fazer a prática em ESF de forma saudável. Esse conteúdo, nos faz refletir e reconsiderar sobre a ação dos agentes comunitários mediante a “obrigatoriedade”, instaurada pelo modelo biomédico, da aceitação por parte dos usuários de todo e qualquer tipo de intervenções, de processos de cuidado meramente prescritivos, bem como, o não entendimento da real função da ESF(25,49).

Desse modo, a pesquisa demonstrou e caracterizou interferências do processo de trabalho na vida do ACS, estabelecendo algumas causas de sofrimento físico e mental para este grupo de trabalhadoras<sup>19</sup>. Destaca-se a necessidade de ampliação de análises e execução de novas pesquisas capazes de sistematizar as relações de trabalho e qualidade de vida, para que com maior robustez seja possível correlacionar tais aspectos, produzindo resultados mais amplos.

## REFERÊNCIAS

1. BOUYER, Gilbert. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [Internet]. dezembro de 2010 [citado 6 de agosto de 2019];35(122):249–59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0303-76572010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0303-76572010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

2. VASCONCELLOS, Natália. COSTA-VAL, Ricardo. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa - MG. [Internet]. 28 de junho de 2008 [citado 6 de agosto de 2019];11(1). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14174>
3. MENDES, René, DIAS, Elizabeth. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública [Internet]. outubro de 1991 [citado 6 de agosto de 2019];25:341–9. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101991000500003&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101991000500003&script=sci_arttext&tlng=es)
4. KUROGI, Marcia. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. Revista de Ciências Gerenciais [Internet]. 17 de julho de 2015 [citado 6 de agosto de 2019];12(16):63–76. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/509685868/Qualidade-vida-trabalho-diversas-abordagens>
5. AMATUZZI, Mauro. O significado da psicologia humanista, posicionamentos filosóficos implícitos. Arquivos Brasileiros de Psicologia [Internet]. 5 de maio de 1989 [citado 6 de agosto de 2019];41(4):88–95. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/21723>
6. PEREIRA, Amanda. JUCÁ, Adriana. LIMA, Ivo. FACUNDES, Vera. FALCÃO, Ilka. A QUALIDADE DE VIDA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL. CadBras Ter Ocup [Internet]. 2018 [citado 6 de agosto de 2019];26(4):784–96. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102018000400784&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400784&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
7. NUNES, Mônica. TRAD, Leny. ALMEIDA, Bethânia. HOMEM, Carolina. MELO, Marise Claudia. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública [Internet]. dezembro de 2002 [citado 6 de agosto de 2019];18:1639–46. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18n6/1639-1646/pt/>
8. BRASIL. Lei nº 11.350, de 14 de fevereiro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51 e dá outras providências. [Internet]. 2006 [citado 6 de agosto de 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)
9. HERNANDEZ, José Augusto. MELO, Flávia. O clima organizacional e a satisfação dos funcionários de um Centro Médico Integrado. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho [Internet]. 1º de janeiro de 2003 [citado 6 de agosto de 2019];3(1):11–26. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7066>
10. VENSON, Aline. FIATES, Gabriela. DUTRA, Ademar. CARNEIRO, Marcelo. MARTINS, Cristina. O recurso mais importante para as organizações são mesmo as pessoas? Uma análise da produção científica sobre qualidade de vida no trabalho (QVT). REA [Internet]. 12 de abril de 2013 [citado 6 de agosto de 2019];6(1):139–56. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reaufsm/article/view/5705>
11. SANT'ANNA, Anderson. KILIMNIK, Zélia. Qualidade de Vida no Trabalho. Elsevier Brasil; 2012. 592 p.
12. SAMPAIO, Jáder. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. Revista Psicologia Organizações e Trabalho [Internet]. abril de 2012 [citado 6 de agosto de 2019];12(1):121–36. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1984-66572012000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-66572012000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
13. LEFÈVRE, Fernando. LEFÈVRE, Ana Maria. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos [Internet]. 2003 [citado 5 de agosto de 2019]; Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001347796>

14. LEFÈVRE, Ana Maria. LEFEVRE, Fernando. CARDOSO, Maria Rosa. MAZZA, Márcia Maria. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. Saúde e Sociedade [Internet]. dezembro de 2002 [citado 5 de agosto de 2019];11(2):35–47. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12902002000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902002000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
15. NOGUEIRA, Roberto. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. fevereiro de 2002 [citado 7 de agosto de 2019];6(10):91–3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NXzqDPvVgFrgjx8Gnd7Fkg/?lang=pt>
16. JARDIM, Tatiana. LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. março de 2009 [citado 7 de agosto de 2019];13:123–35. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2009.v13n28/123-135/>
17. SOUZA, Thiago. OLIVEIRA, Paulo Antonio. Eu Mudo, Nós Mudamos? Perspectivas Sobre o Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Espaço para Saúde [Internet]. 1º de julho de 2020 [citado 15 de julho de 2020];21(1). Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/623>
18. BACHILLI, RG. SCAVASSA, AJ. SPIRI, WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. fevereiro de 2008 [citado 7 de agosto de 2019];13(1):51–60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232008000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
19. SOUZA, Thiago. OLIVEIRA, Paulo Antonio. Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. Espaço para Saúde [Internet]. 15 de julho de 2019 [citado 6 de agosto de 2019];20(1). Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/624>
20. SANZOVO, Cristiane. COELHO, Myrna Elisa. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. Estudpsicol (Campinas) [Internet]. junho de 2007 [citado 7 de agosto de 2019];24(2):227–38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000200009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200009&lng=pt&tlng=pt)
21. ROBAZZI, Maria Lúcia. MAURO, Maria Yvone. SECCO, Iara. DALRI, Rita de Cássia. FREITAS, Fabiana Cristina. TERRA, Fábio. SILVEIRA, Renata. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde [Health changes from overwork among health sector workers] [cambios en la salud por exceso de trabajo entre trabajadores del área salud]. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2012 [citado 7 de agosto de 2019];20(4):526–32. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5657>
22. MARTINS, Luciana. BRONZATTI, Jeane. VEIRA, Carmem. PARRA, Silvia. SILVA, Yara. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. Rev Bras Enferm USP [Internet]. março de 2000 [citado 7 de agosto de 2019];34(1):52–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342000000100007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000100007&lng=pt&tlng=pt)
23. ABREU, Klayne. STOLL, Ingrid. RAMOS, Leticia. BAUMGARDT, Rosana. KRISTENSEN, Christian. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. Psicologia: ciência e profissão [Internet]. junho de 2002 [citado 7 de agosto de 2019];22(2):22–9. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-98932002000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932002000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
24. SANTOS, George. NUNES, Mônica. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? Physis [Internet]. março de 2014 [citado 7 de agosto de 2019];24:105–25. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2014.v24n1/105-125/pt/>

25. SOUZA, Thiago. SOARES, Victor. OLIVEIRA, Paulo Antonio. Caminhando e Cantando: as Estratégias Individuais de Enfrentamento dos Agentes Comunitários de Saúde. In: REFLEXÕES E DESAFIOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA [Internet]. 1ªed Maringá PR: Uniedusul; 2021 [citado 19 de fevereiro de 2021]. p. 45. (1; vol. 1). Disponível em:  
<https://www.even3.com.br/anais/abergo2020/294731-caminhando-e-cantando--as-estrategias-individuais-d-e-enfrentamento-dos-agentes-comunitarios-de-saude/>
26. CECCIM, Ricardo. FERLA, Alcindo. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabeduc saúde [Internet]. 2008 [citado 7 de agosto de 2019];6(3):443–56. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&tlng=pt)
27. Bosi MLM, Uchimura KY. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? Rev Saúde Pública [Internet]. fevereiro de 2007 [citado 7 de agosto de 2019];41:150–3. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/article/rsp/2007.v41n1/150-153/en/>
28. MACHADO, Maria. MONTEIRO, Estela. QUEIROZ, Danielle. VEIRA, Neiva. Barroso, Maria Graziela. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc saúde coletiva [Internet]. abril de 2007 [citado 7 de agosto de 2019];12:335–42. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/335-342/pt>
29. DELFINO, Maria. KARNOPP, Zuleica. ROSA, Mary. PASIN, Roseli. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. Trabeduc saúde [Internet]. outubro de 2012 [citado 7 de agosto de 2019];10(2):315–33. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000200008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200008&lng=pt&tlng=pt)
30. CASSOL, Paulo. TERRA, Marlene. MOSTARDEIRO, Sadjá. GONÇALVES, Mariam. PINHEIRO, Ursula. TRATAMENTO EM UM GRUPO OPERATIVO EM SAÚDE: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 8 de maio de 2012 [citado 7 de agosto de 2019];33(1):132–8. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kngWSXwxt9RZPWPJPKDyq3g/?lang=pt>
31. SIMÕES, Fabiana. STIPP, Marlucci. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. Escola Anna Nery [Internet]. abril de 2006 [citado 7 de agosto de 2019];10(1):139–44. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-81452006000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452006000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
32. MESQUITA, Alex. SILVA, Amanda. BEZERRA, Hamanda. FONTINELE, Thaís. NEIVA, Yuri. Assédio Moral: Impacto Sobre a Saúde Mental e o Envolvimento com Trabalho em Agentes Comunitários de Saúde. PSSA [Internet]. 27 de abril de 2017 [citado 7 de agosto de 2019];9(1). Disponível em:  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2017000100001](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000100001)
33. HALFELD, Martha. O Assédio Moral no Direito do Trabalho. 2013;39.
34. GLINA, Débora. SOBOLL, Lis. Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura. Revbras saúde ocup [Internet]. dezembro de 2012 [citado 7 de agosto de 2019];37(126):269–83. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572012000200008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200008&lng=pt&tlng=pt)
35. Bundesanstalt für Arbeitsschutz Und Arbeitsmedizin, organizador. PRIMA-EF: Leitlinien zum europäischen Handlungsrahmen für psychosoziales Risikomanagement ; ein Handbuch für Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter. 1. Aufl. Dortmund-Dorfeld: BAuA; 2009. 50 p. (Protecting workers' health series).
36. SORATTO, Jacks.. PIRES, Denise. DORNELLES, Soraia. LORENZETTI, Jorge. Family health strategy: a technological innovation in health. Texto contexto - enferm [Internet]. junho de 2015 [citado 28 de agosto de 2018];24(2):584–92. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&tlng=en)

37. MELO, Flávio. GOULART, Bethânia. TAVARES, Darlene. Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. CiencCuid Saúde [Internet]. 8 de janeiro de 2011 [citado 28 de agosto de 2018];10(3):498–505. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13261>
38. AZEVEDO, Elisângela Braga de.. Rede de Cuidado da Saúde Mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande-PB. 2010;145–145. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/5187>
39. SOUZA, TP. OLIVEIRA, PAB. Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do agente Comunitário de Saúde. Revista Espaço para a Saúde [Internet]. dezembro de 2019;20(2):[55-66]. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/pqrvs>
40. BRAND, Cátia Inácia. ANTUNES, Raquel. FONTANA, Rosane Teresinha. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. Cogitare Enferm [Internet]. 30 de março de 2010 [citado 28 de agosto de 2018];15(1). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17143>
41. REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. [citado 28 de agosto de 2018]; Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1020>
42. PATTISON, EM. ELPERS, JR. A developmental view of mental health manpower trends. Hosp Community Psychiatry [Internet]. novembro de 1972;23(11):325–8. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-5075464>
43. TINOCO, Maria Machado. A relação saúde / doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura. 2015;92–92. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756977>
44. SANTOS, Luiz Fernando. DAVID, Helena Maria. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. Revenferm UERJ [Internet]. 2011 [citado 28 de agosto de 2018];52–7. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/317474784\\_Percepcoes\\_do\\_estresse\\_no\\_trabalho\\_pelos\\_agentes\\_comunitarios\\_de\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/317474784_Percepcoes_do_estresse_no_trabalho_pelos_agentes_comunitarios_de_saude)
45. ZANCHETTA, Margareth. LEITE, Ligia. PERREAULT, Michael. LEFEBVRE, Hélène. Education and professional strengthening of the community health agent - an ethnographic study. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 1º de dezembro de 2005 [citado 28 de agosto de 2018];4(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/35>
46. ALBORNOZ, Suzana. O que é trabalho. São Paulo: Editora Brasiliense, 2017. 85 p.
47. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, Representação do Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília/DF, Brasil: Editora MS; 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho\\_manual\\_procedimentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf)
48. FERREIRA, Heliane. RAMOS, Laís Helena. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. setembro de 2006 [citado 5 de agosto de 2019];19(3):328–31. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-21002006000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002006000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
49. BARROS, José Augusto. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saudeoc [Internet]. julho de 2002 [citado 6 de agosto de 2019];11:67–84. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2002.v11n1/67-84/pt>

# **Letramento digital em saúde como estratégia de enfrentamento à desinformação na atenção básica à saúde**

*Digital health literacy as a strategy to cope with disinformation in primary health care*

*La alfabetización digital en salud como estrategia para combatir la desinformación en la atención primaria de salud*

**Vera Lúcia da Rocha Silva**  
**Francisco Tibério Felismino de Araújo**  
**Adson Diego Dionisio da Silva**  
**Edyfran de Medeiros Fernandes**  
**Rackynelly Alves Sarmiento Soares**

## **RESUMO**

A desinformação em saúde é considerada uma das principais ameaças à saúde global. O letramento digital de profissionais da saúde é essencial para enfrentamento desse problema. O estudo teve como objetivo apresentar o letramento digital de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate à Endemias (ACE) como estratégia de enfrentamento à desinformação em saúde visando a melhoria da cobertura vacinal. Trata-se de um relato de experiência crítico-reflexivo com apoio teórico-metodológico da Cultura *Maker*, cujo objeto de análise foi a intervenção realizada no Município de São Francisco – PB. O projeto atendeu todos os ACS e ACE daquele município. Foram realizados cursos de curta duração segmentados em 4 oficinas. As práticas proporcionadas pelas oficinas tiveram resultados positivos, em especial quanto ao enfrentamento à desinformação. O projeto, contribuiu para o acesso à vacina, e incluiu estratégias que promoveram esclarecimento e empoderamento da população sobre a importância das vacinas.

**Palavras-chave:** Infodemia. Inclusão Digital. Saúde da Família. Tecnologia de Informação. Comunicação.

## **ABSTRACT**

Health misinformation is considered one of the main threats to global health. Digital literacy among health professionals is essential to address this problem. The study aimed to present the digital literacy of Community Health Agents (CHAs) and Endemic Disease Control Agents (ACEs) as a strategy to address health misinformation with a view to improving vaccination coverage. This is a critical-reflective experience report with theoretical-methodological support from Maker Culture, whose object of analysis was the intervention carried out in the municipality of São Francisco - PB. The project served all CHAs and ACEs in that municipality. Short-term courses were held segmented into 4 workshops. The practices provided by the workshops had positive results, especially

regarding addressing misinformation. The project contributed to access to the vaccine and included strategies that promoted clarification and empowerment of the population about the importance of vaccines.

**Keywords:** Infodemic. Digital Inclusion. Family Health. Information Technology. Communication.

## RESUMEN

La desinformación sanitaria se considera una de las principales amenazas a la salud mundial. La alfabetización digital de los profesionales sanitarios es fundamental para abordar este problema. El estudio tuvo como objetivo presentar la alfabetización digital de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y Agentes de Combate a las Enfermedades Endémicas (ACE) como una estrategia para combatir la desinformación en salud con miras a mejorar la cobertura de vacunación. Se trata de un relato de experiencia crítico-reflexivo con apoyo teórico-metodológico de la Cultura Maker, cuyo objeto de análisis fue la intervención realizada en el Municipio de São Francisco – PB. El proyecto atendió a todas las ACS y ACE de ese municipio. Se realizaron cursos cortos, segmentados en 4 talleres. Las prácticas proporcionadas por los talleres tuvieron resultados positivos, especialmente en términos de combatir la desinformación. El proyecto contribuyó al acceso a la vacuna e incluyó estrategias que promovieron el esclarecimiento y el empoderamiento de la población sobre la importancia de las vacunas.

**Palabras-clave:** Infodemia. Inclusión Digital. Salud Familiar. Tecnologías de la Información. Comunicación.

## 1 INTRODUÇÃO

Vivemos na chamada "era da informação", onde tudo parece interligado, impulsionando o ritmo do conhecimento e a busca pela verdade. Contudo, esse fluxo de informações, que deveria facilitar a compreensão global, enfrenta um obstáculo significativo: o surgimento e a disseminação da desinformação, resultado da pós-modernidade, quando os grandes relatos deixam de ter sentido<sup>1</sup>. Esse fenômeno alimenta incertezas e reforça a pós-verdade, gerando confusão e caos em diversas áreas do saber, incluindo, de forma alarmante, o campo da saúde.

A desinformação em saúde não é um fenômeno atual, porém por causa da infodemia, é considerada uma das principais ameaças à saúde global pela Organização Mundial da Saúde<sup>2</sup>. Considerada como um transtorno da informação<sup>3</sup>, pode também ser responsabilizada por vários transtornos na Saúde individual e coletiva.

A desinformação se refere a qualquer informação que carrega em si aspectos falsos ou imprecisos, cuja intencionalidade de sua existência seja enganar ou confundir para causar

dano. Quanto à infodemia, refere-se ao excesso de informação, muitas vezes imprecisa que dificulta a localização de fontes idôneas<sup>2-3</sup>. Desse modo, a infodemia é potencializada pela hiper conexão mundial que contribui para a desinformação uma retroalimentando a outra<sup>2</sup>.

No Brasil a hiper conexão também é uma realidade. Pesquisa realizada em 2023 sobre Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) vai indicar alto percentual de conectividade pelos órgãos Federais e Estaduais. Sobre o uso de TIC nos estabelecimentos de saúde, também indica alto percentual de utilização de computadores de mesa e Internet em todo país<sup>4</sup>.

Apesar disso, observa-se ainda baixa adesão dos estabelecimentos de saúde públicos quanto ao uso de tecnologia emergentes como a inteligência artificial e computação em nuvem, por exemplo. Entre as principais razões para esse fenômeno é a falta de pessoas capacitadas para utilização de tais tecnologias<sup>4</sup>. O acesso à tecnologia não garante a sua boa utilização como ferramenta para facilitar a comunicação e ampliar os resultados a serem alcançados, portanto, se faz necessário enfrentar uma barreira atitudinal: a de fazer uso eficaz da tecnologia no sistema de atenção à saúde.

Essa conjuntura é preocupante, dado que o enfrentamento à desinformação em saúde vai exigir dos profissionais de saúde o letramento digital, ou seja, habilidades e competências relativas ao acesso, interação, processamento e desenvolvimento de uma multiplicidade de competências na leitura das mais variadas mídias<sup>5</sup>.

As equipes de Saúde da Família são fundamentais na disseminação de informações precisas, pois atuam como formadoras de opinião e moderadoras do processo de gestão da informação e tradução de conhecimento confiável sobre a pandemia e sobre as medidas de prevenção, como o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos. Isso ajudou a conscientização da população e a prevenção da disseminação do vírus em meio a fortes momentos de crise de desinformação que assolaram e ainda assolam o país no âmbito da saúde<sup>6</sup>.

Admitindo-se que num mundo altamente conectado, o letramento digital em saúde seja uma habilidade fundamental, dado que se refere à capacidade de buscar, encontrar, compreender e avaliar informações sobre saúde, a partir de fontes eletrônicas e ainda, aplicar tais conhecimentos na resolução de um problema de saúde<sup>7</sup>.

E que este letramento digital em saúde, compreende um dos quatro pilares fundamentais para gerir a infodemia, tal como enumera<sup>7</sup>. Este trabalho contribui com o

fortalecimento do terceiro pilar, dado que aumentou a capacidade dos ACS e ACE no desenvolvimento do letramento digital em saúde.

Notadamente, as desinformações impactam negativamente vários indicadores de saúde. Porém, esse estudo vai dar ênfase à cobertura vacinal, que se refere ao percentual de pessoas vacinadas e potencialmente protegidas contra determinada doença<sup>8</sup>.

Para garantir níveis adequados de saúde pública, é imprescindível que os países invistam em pesquisas contínuas, desenvolvendo as melhores soluções para enfrentar os desafios sanitários. Nesse contexto, a cobertura vacinal ampla e acessível se destaca como uma das estratégias mais eficazes para o controle de doenças infecciosas, sendo fundamental na prevenção de endemias e pandemias. A vacinação em massa não apenas protege indivíduos, mas também gera a chamada "imunidade de rebanho", protegendo grupos vulneráveis que não podem ser vacinados, como bebês, idosos e imunocomprometidos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>9</sup>, a vacinação é uma das intervenções de saúde pública mais custo-efetivas e salva milhões de vidas a cada ano.

Para que essa política pública seja eficaz, os governos precisam garantir uma infraestrutura adequada, capaz de suportar campanhas de vacinação em larga escala e assegurar que todas as camadas da população tenham acesso às vacinas. Isso envolve a logística de distribuição, a formação de profissionais de saúde e a implementação de programas de educação pública sobre a importância da imunização. No entanto, o sucesso dessas iniciativas enfrenta um grande obstáculo: a desinformação. Movimentos antivacina, alimentados por teorias da conspiração e informações falsas, comprometem a confiança da população nas vacinas, dificultando a adesão e enfraquecendo os esforços coletivos de proteção à saúde.

Quando a desinformação prevalece, ela quebra o vínculo entre a ciência e a sociedade, desvalorizando o conhecimento científico, minando o impacto de políticas públicas eficazes. Esse fenômeno distorce a comunicação entre profissionais de saúde e a população, prejudicando a disseminação de informações corretas, criando um ambiente de desconfiança. Portanto, além de investir em infraestrutura e pesquisa, é essencial que os governos adotem estratégias proativas de comunicação para combater a desinformação e fortalecer a confiança nas vacinas, assegurando que a verdade científica prevaleça e que a saúde da população seja devidamente protegida.

Entre as causas para a hesitação vacinal observam-se a falsa segurança em relação à necessidade da vacinação na medida em que ocorre o controle de doenças, a desinformação, e o crescimento de movimentos antivacinas<sup>10</sup>. Informações falsas disseminadas nas redes sociais influenciam, a decisão de pais vacinados que se recusam a vacinar seus filhos<sup>10</sup>.

A vacinação é uma das estratégias mais eficazes para a prevenção de doenças e a proteção coletiva da sociedade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>9</sup>, a imunização previne entre 2 a 3 milhões de mortes por ano, evitando surtos de doenças graves como sarampo, poliomielite e difteria. Entretanto, a desinformação sobre vacinas, muitas vezes espalhada por redes sociais, compromete a confiança da população, resultando em uma queda preocupante nas taxas de cobertura vacinal em diversas regiões. Essa falta de adesão compromete a imunidade de rebanho, essencial para proteger indivíduos que não podem ser vacinados, como recém-nascidos e pessoas com condições imunológicas específicas<sup>11</sup>.

O impacto da desinformação no campo das vacinas exemplifica como a disseminação de informações falsas pode provocar um retrocesso na saúde pública, trazendo riscos à sociedade como um todo. Combater essa crise de confiança requer um esforço coletivo entre governos, profissionais de saúde e meios de comunicação, para garantir que o conhecimento científico sobre a importância das vacinas prevaleça sobre a confusão e o caos provocados pela onda da pós-verdade.

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer a desinformação e ainda orientar a população com informações validadas. Nesse sentido, esse estudo teve por objetivo apresentar o letramento digital de ACS e ACE como estratégia de enfrentamento à desinformação em saúde no município de São Francisco – PB, visando a melhoria da cobertura vacinal.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência crítico-reflexivo<sup>12</sup> com apoio teórico-metodológico da Cultura *Maker*, cujo objeto de análise foi a intervenção realizada no Município de São Francisco – PB junto à equipe de ACS e ACE daquele município, por meio do projeto de extensão tecnológica “Inclusão digital de Agentes de Saúde e de Combate as Endemias”, no âmbito do Instituto Federal da Paraíba - Campus Sousa, fomentado pelo Edital nº 38/2023 - Chamada Conecta Mais Q-Inova IFPB.

Do ponto de vista geográfico-temporal, o referido projeto foi executado em São Francisco na mesorregião do sertão paraibano, no Nordeste brasileiro durante os meses de outubro de 2023 a maio de 2024.

## **2.1 Participantes**

A intervenção visou a qualificação do processo de trabalho, concernente às tecnologias emergentes, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) a partir da viabilização da inclusão digital com ênfase na prevenção à desinformação. O critério de inclusão foi ser ACS/ACE do município de São Francisco.

## **2.2 Materiais e locais de realização**

As oficinas de formação foram realizadas, majoritariamente, no Município de São Francisco, em local previamente agendado com a Secretaria Municipal de Saúde. A escolha por esta cidade justifica-se por duas razões: 1) por ter sido impactado negativamente pela desinformação propagada por radialista local e 2) por permitir a inclusão de todos os ACS e ACE na intervenção.

Os locais eram providos de mesas, cadeiras e computadores. Os materiais utilizados foram divididos em quatro grupos; 1) materiais de papelaria, que incluía papel sulfite, canetas, lápis, pincéis, tintas, entre outros; 2) Materiais educativos: vídeos, sites, aplicativos/software; 3) Material Permanente: Impressora 3D, óculos de realidade virtual, Câmera de ação de 360°, microfone de lapela e notebook; e 4) material de apoio para uso das tecnologias: baterias, carregadores, projetor, filamentos de PLA, entre outros.

## **2.3 Procedimentos**

O processo de intervenção ocorreu em quatro fases. A fase inicial foi realizada em dois encontros, ocasião em que a equipe do projeto (docentes e discentes) apresentou a proposta à Secretaria de Saúde do Município de São Francisco. Na ocasião, foi assinado o termo de Parceria Social, foi apresentado o plano de trabalho, as metas e esclarecidas as dúvidas, alinhando os objetivos do projeto às necessidades de formação do município. Também foram pactuadas as datas das oficinas e os horários que seriam mais adequados à realidade da rotina de trabalho dos ACS e ACE.

Na segunda fase, a equipe do projeto dirigiu-se ao Município de São Francisco, mediante agendamento prévio, o local de encontro com os ACS e ACE foi a Unidade Básica de Saúde do Distrito Ramada, na oportunidade realizou-se uma roda de conversa. Foi

apresentada a metodologia que seria utilizada na condução do projeto, foram identificadas as necessidades de formação referentes à literacia digital, em seguida disponibilizamos o formulário de inscrição.

Em seguida, realizou-se as oficinas de formação, as quais aconteceram em sua maioria no próprio município de São Francisco. Apenas a oficina de Impressão 3D foi realizada no IFPB campus Sousa, nos laboratórios Integra *Maker* e de informática. Foram disponibilizadas quatro oficinas, todas orientadas pelo método *Learn-by-doing*, utilizado na cultura *Maker*. Nesse sentido, as oficinas eram organizadas em momentos de introdução conceitual e de atividade prática, ao final de cada oficina os ACS e ACE produziam algo que visava resolver um problema do seu cotidiano na Unidade de Saúde usando a tecnologia/conhecimento que lhes fora apresentado, o êxito na execução dessas produções representava a avaliação positiva das oficinas.

A cultura *learning by doing*, visa fortalecer o protagonismo discente no processo ensino/aprendizagem com abordagens de aprendizado baseada em projetos, ou seja, “colocando a mão na massa”. O movimento *maker*, palavra traduzida do inglês como “fazer”, remete a ideia de “faça você mesmo” (*Do-It-Yourself*). Caracteriza-se pela utilização de ferramentas tecnológicas, ou não, como a placa Arduino, impressoras 3D, cortadoras a laser, kits de robótica, máquinas de costura e diversas ferramentas, para incentivar um aprendizado a partir da criação/descoberta. Sua popularização encontra força através da divulgação de vídeos e manuais de experiências implementadas por outros *makers* do mundo inteiro. Nesse movimento é estimulado o ato de pensar, algo que transcende o ato de estudar<sup>13</sup>. É a execução da famosa expressividade – Aprender a fazer fazendo.

As oficinas atenderam aos seguintes temas: 1) “Desinformação, saúde e segurança da informação”, 2) “Podcast aplicado à comunicação em saúde”, 3) “Impressão 3D” e 4) “Realidade virtual” e apresentaram carga horária que variou entre 4 horas e 12 horas. A última etapa de certificação foi realizada em junho de 2024.

O projeto está em conformidade com a Resolução CNS nº 510/2016, visto que trata-se de relato de experiência de atividade extensionista formativa, sem coleta de dados envolvendo seres humanos, não necessitando de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

garantindo sigilo, anonimato, riscos mínimos e participação voluntária. Não foi submetido ao CEP, pois não houve necessidade de coleta de dados

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O projeto “Inclusão digital de Agentes de Saúde e de Combate às Endemias” possibilitou a literacia digital de ACS e ACE do município de São Francisco-PB, observando-se adesão de toda a equipe, com frequência acima de 80% em todas as oficinas de formação. Este resultado positivo atribui-se à pactuação entre a equipe do projeto do IFPB e a gestão de saúde local. De tal modo que o primeiro garantiu a oferta da formação e o segundo garantiu o acesso às formações, oferecendo os locais para realização das oficinas e liberando os profissionais nas datas/turnos para que pudessem se qualificar.

Um dos primeiros contatos da equipe do IFPB – Campus Sousa com os ACS e ACE do município de São Francisco, aconteceu na Unidade de Saúde da Ramada, zona rural daquele município, em abril de 2024. Naquela oportunidade a ementa do curso foi apresentada e todos concordaram que o projeto era relevante para a melhoria da qualidade do serviço que iriam oferecer para a sua comunidade. Foi explicado que utilizaríamos a cultura *Maker* como método de trabalho, e como tal precisaríamos definir qual seria o principal problema que o município enfrentava. O problema definido pela equipe foi a baixa Cobertura Vacinal, especialmente as vacinas da gripe, da COVID e do HPV. Dali por diante, ao final de cada oficina, a ideia era gerar produtos usando tecnologias de baixo custo aplicadas no contexto da Atenção Primária à Saúde, visando a melhoria da cobertura vacinal.

Aquele encontro foi marcado por algumas falas da equipe de saúde, uma dela afirmou que “o celular nos afastou da casa das pessoas”. Quase que contraditoriamente, aquela tecnologia que deveria comunicar e aproximar as pessoas, naquele caso concreto, ao invés de aproximar, os repeliu. Referiam-se à prática atual. A visita domiciliar estaria perdendo um “zap” para saber se estava tudo bem, para avisar que era dia de vacina na unidade de saúde e outros contatos de rotina.

A afirmação daquele profissional vai ao encontro da afirmação de Draft (2020)<sup>3</sup> que diz que “nosso ecossistema de informações está perigosamente poluído e está nos separando em vez de nos conectar”<sup>3</sup>. Acerca disso, Chauí (2006)<sup>14</sup> já alertava que a comunicação é um exercício de poder. É preciso, pois, cuidar desse comunicar. Se o vínculo que os ACS e ACE possuem com os usuários do SUS nos seus territórios é elemento fundamental para a efetivação dessa comunicação. Pode ser também elemento de desejo dos agentes da desinformação. Imagina que dano para a saúde coletiva, um ACS propagando desinformações por engano?

Outra fala bastante preocupante afirmou que “meus idosos não aceitam tomar a vacina da COVID, porque certo dia um radialista, muito influente na região, falou no seu programa que ele não tomava e aconselhou que ninguém tomasse”. De lá para cá a cidade vive o drama da rejeição vacinal pela população idosa. Notadamente o conteúdo enganoso propagado pelo “radialista” causou impacto negativo na cobertura vacinal daquele pequeno município. Enfrentar essa desinformação vai exigir grande esforço da equipe de saúde na produção de informação que comunique adequadamente com o público idoso.

Por casos como esses observa-se que a população está perdendo a fé na mídia. Pesquisa aponta que 69% dos adultos perderam a confiança na mídia na última década<sup>3</sup>.

Sequencialmente, foi criado um grupo de *WhatsApp* para facilitar a comunicação de toda a equipe e proporcionar a divulgação de materiais relacionados ao conteúdo. Após a adesão de todos os participantes, a segunda etapa foi concluída.

### **3.1 Primeira oficina: Desinformação em Saúde**

Objetivo: preparar os ACS e ACE de São Francisco para identificar as desinformações em saúde e orientá-los sobre o uso de tecnologias que podem auxiliá-los no enfrentamento dessas desinformações.

#### **3.1.2 Principais experiências vivenciadas:**

A oficina foi executada no dia 05 de março, no laboratório de informática da Escola Francisco Sales Gadelha de Oliveira - Chico Corea. Inicialmente, a equipe do projeto apresentou o cronograma das oficinas, informando os locais de realização. Fez a sondagem identificando que todos os participantes possuem smartphone e que possuem grupos de *WhatsApp* com seus usuários do SUS. Para finalizar esse primeiro momento, foi apresentado o meme (Figura 1) para que percebessem que de forma muito simples e criativa é possível engajar o público com leveza e respeito. O meme foi motivo de risos, todos conheciam os senhores do meme, mesmo estando de costas, pois era hábito deles observar o movimento da rua, conversar sobre a vida e cumprimentar quem vem e quem vai.

**Figura 1 – Meme criado com cena cotidiana local (idosos na calçada em final de tarde).**



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2024.

O segundo momento focou no tema da desinformação em si. Inicialmente, foram apresentados dados sobre o contexto nacional referente à hiperconexão e o uso da internet, foi apresentado dados da cobertura vacinal da cidade. Conjuntamente verificou-se que a hesitação vacinal não era global. Acontecia com mais força em certos grupos etários e em relação a algumas vacinas específicas.

Como material didático principal foi utilizada a cartilha de Moreira (2024)<sup>15</sup> um guia para profissionais de saúde, a partir da qual foi discutido o conceito de desinformação.

A desinformação sobre a saúde é um fenômeno crescente no mundo e afeta o direito à saúde de toda a sociedade. Resulta na disseminação de informações falsas com a intenção de causar dano ou desacreditar políticas de saúde de governos ou de autoridades sanitárias como a Organização Mundial de Saúde (OMS) (MOREIRA, 2024).

Após leitura do conceito, houve o debate acerca de qual situações concretas eles percebiam o fenômeno. Contaram vários casos curiosos sobre o quanto precisaram intervir orientando as famílias, principalmente com respeito a crenças populares sem comprovação científica. Uma das ACS relatou que certa vez, chegou numa casa para visitar uma puérpera e seu recém-nascido, e percebeu um resíduo no coto umbilical. Ao indagar a mãe ela informou que era o pozinho da réstia, aprendeu com sua mãe, sua avó que ajudava na cicatrização.

Siqueira (2006)<sup>16</sup> alerta que o saber popular deve ser compreendido e acrescido de conhecimentos e atitudes respaldadas pelo saber científico. A orientação da ACS seguiu essa

direção, buscando orientar que aquele resíduo (o pozinho da réstia) poderia infeccionar o coto do bebê e mostrou a forma mais segura para fazê-lo.

Durante a oficina também foram apontadas as estratégias para reconhecer uma desinformação, locais de checagem de notícias falsas, foram indicadas as fontes confiáveis na área da Saúde e também foram explicados os meios de denunciar as desinformações que porventura identifiquem. Finalizada a parte teórica foi proposta uma atividade prática que consistiu em: os participantes deveriam elaborar um material comunicacional dirigido aos seus usuários do SUS, convidando-os para atualizar sua carteira de vacina, ou outra problemática vivenciada por eles na área de circunscrição, esse material seria elaborado no aplicativo “Canva” e compartilhado com todos no grupo do WhatsApp, destaca-se um dos resultados dessa primeira oficina na Figura 2.

**Figura 2 – Card produzido com o tema da Vacina da Gripe.**



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2024.

Entre as contribuições da oficina Desinformação em Saúde, destacam-se a autonomia dos profissionais de saúde na produção de peças que comunicam saúde com seu público, tais como meme, *stickers*, *cards*, poesia. Contribuindo com a eficiência de seu trabalho na Unidade Básica de Saúde e ainda ampliando seu vínculo com os usuários do SUS. Nesse sentido, Milani e Busato (2021)<sup>17</sup> alertam sobre a necessidade de revisão das estratégias de

comunicação das autoridades sanitárias, sobretudo quanto à realização de busca ativa por desinformação antivacinas e trabalho junto à comunidade científica para corrigir as “*fake news*”.

### **3.2 Segunda Oficina: Produção de Podcast aplicado à comunicação em Saúde**

Objetivo: Fornecer aos alunos os conceitos de produção de podcast, aplicando os conhecimentos na prática utilizando o software livre *audacity*.

**3.2.1 Principais experiências vivenciadas:** foi realizada entre 10 e 12 de abril de 2024, no laboratório de robótica no município de São Francisco-PB. Esta foi a oficina de maior carga horária. O produto final dessa oficina foi a elaboração de um podcast, o “Saúde na comunidade”, e publicação nas redes sociais locais, em grupos cujos ACS e ACE estavam inseridos.

O *Podcast* também foi publicado no Youtube (<https://youtu.be/6sA-B4nZjEM?feature=shared>) e divulgado na cidade em carro de som. O *Podcast* “Saúde na Comunidade” foi de relevante valor social, uma vez que realizava orientações em torno da importância da vacinação e fazia um convite à população local para o “dia D” da vacinação contra a gripe, que seria realizada no dia seguinte.

#### **3.2.2 Para a criação do podcast a turma de ACS e ACE consideraram o seguinte roteiro:**

1. Vinheta de início;
2. Apresentação dos locutores;
3. Data da publicação e tema do podcast do dia;
4. Rápida introdução para prender o público ao assunto;
5. Vinheta transitória para avisar que vai começar;
6. Primeiros avisos;
7. Falar sobre todo o tema do checklist;
8. Preparar para o encerramento;
9. Vinheta rápida transitória para avisar que vai terminar;
10. Últimos avisos;
11. Encerramento.

A criação da vinheta de início trouxe um bordão bastante utilizado na região “Cuidaaaaa” na voz de uma das ACS que era bastante carismática e muito querida na cidade. Tinha um tom engraçado, mas ao mesmo tempo remetia à necessidade de Cuidado à Saúde.

Os locutores foram definidos por eles mesmos, uma ACE e um ACS. O roteiro, todo o processo de criação, incluindo erros e acertos, tinha como protagonistas do processo de ensino e aprendizagem os próprios ACS e ACE. O clima era de muita parceria, vontade de colaborar e de pertença.

O método-*learn-by-doing* utilizado pela cultura *Maker*, possibilitou a participação ativa dos ACS e ACE, estimulante e interessada no aprendizado que ali se propunha. O movimento *Maker* estimula o protagonismo, haja vista que convida os *makers* a participar do processo criativo sendo produtores ativos e não apenas meros consumidores, representa, portanto, uma transformação social, cultural e tecnológica<sup>18</sup>.

O ambiente propiciou o surgimento de ideias, e de forma muito espontânea uma das ACS criou um cordel que foi utilizado para o encerramento do *Podcast* “Saúde na Comunidade” tal como apresentado a seguir:

A vacina é importante para doenças evitar / a gripe por exemplo chega logo pra derrubar / espirro, tosse e febre não consigo controlar / pense num vírus danado / e se não for evitado você vai se enrolar, / Meu amigo, minha amiga um conselho eu vou te dar / chame logo sua família cuide em logo vacinar, / E pra gripe não surgir precisamos nos unir / vamos logo imunizar, / A influenza chegou forte minha vacina vou tomar / alô enfermeira na UBS chego já. (Liliana Maria da Silva, ACS de São Francisco – PB)

Por fim, a oficina Produção de *Podcast* aplicado à comunicação em Saúde além de apresentar um resultado final bastante criativo, foi capaz de promover o fortalecimento do vínculo da própria equipe, dado que promoveu e valorizou a participação de todos na construção coletiva, colaborativa. A gestão municipal por sua vez, valorizou o trabalho por eles produzido, uma vez que contratou um carro de som que veiculou por toda a cidade o podcast por eles produzido.

### **3.3 Terceira Oficina: Introdução à Impressão 3D com *Prusa Slicer***

Objetivo: aprender os conceitos básicos da impressão 3D, desde a preparação do modelo até a configuração da impressora e a impressão propriamente dita. Nesta oficina prática, os participantes foram introduzidos ao mundo da impressão 3D, com foco no uso do software *Prusa Slicer*.

**3.3.1 Principais experiências vivenciadas:** Já a terceira oficina, de “Impressão 3 D”, aconteceu dia 25 de abril no laboratório de informática do IFPB campus Sousa. Um dos maiores benefícios da impressão 3D na área da saúde é a capacidade de criar modelos anatômicos personalizados e detalhados, que podem ser utilizados em treinamentos de ACS e ACE para aprimorar suas habilidades no reconhecimento de condições médicas e na aplicação de técnicas de tratamento. Segundo um estudo publicado por Cardoso (2021)<sup>19</sup>, “a impressão 3D oferece a oportunidade de simular órgãos e estruturas anatômicas com alta precisão, permitindo um treinamento mais eficaz de profissionais da saúde”.

Ademais, essa tecnologia pode facilitar a educação continuada desses profissionais, permitindo o acesso a materiais de estudo tridimensionais. A possibilidade de produzir modelos físicos em pequena escala para ilustrar o ciclo de vida de vetores de doenças ou simular estruturas do corpo humano pode tornar o treinamento mais prático e eficaz, como destacado por Boehringer Ingelheim (2023)<sup>20</sup>, “modelos anatômicos impressos em 3D podem ser utilizados para o treinamento de médicos, estudantes e cirurgiões”.

Portanto, a introdução da impressão 3D nas rotinas de trabalho dos ACS e ACE pode transformar significativamente suas práticas, aprimorando tanto o atendimento direto à população quanto sua capacitação contínua. A tecnologia não só auxilia no enfrentamento de desafios complexos, como a personalização de tratamentos e diagnósticos, mas também oferece novas ferramentas educacionais para promover o desenvolvimento de suas habilidades técnicas.

Ao apresentar a tecnologia aos ACS e ACE, constatou-se que nenhum deles tiveram contato anterior com uma Impressora 3D, situação que os deixou bastante curiosos sobre vários aspectos, custos, insumos, funcionamento. Tal como nas demais oficinas, o primeiro momento foi teórico, em seguida, iniciaram o processo de modelagem utilizando o *Prusa Slicer* e por fim realizou-se a impressão do Zé Gotinha, mascote do SUS símbolo da vacinação no Brasil.

Para tornar a oficina ainda mais envolvente, a equipe do projeto havia realizado a impressão prévia de vários “Zé gotinha”, um para cada ACS e ACE. O exercício final seria realizar a pintura das peças utilizando pincel, tinta acrílica e muita criatividade. O clima entre equipe do projeto e os ACS e ACE era muito afável, de muita alegria (Figura 3).

**Figura 3 – laboratório de informática IFPB campus - Sousa.**



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2024.

Provavelmente, porque os desafios ali propostos os instigavam, afinal, o gosto pelo aprender fazendo foi potencializado pelos resultados obtidos, pois os alunos (ACS e ACE) viram o resultado de seu trabalho com um acabamento que se assemelham a um trabalho mais profissional, por ter tido a oportunidade de utilizar ferramentas que possibilitem isso.

### **3.4 Quarta Oficina: Realidade aumentada e virtual utilizando óculos VR**

Objetivo: fornecer aos alunos os conceitos de realidade aumentada e realidade virtual, demonstrar formas de uso e aplicabilidade de vídeos em realidade aumentada e virtual utilizando óculos VR.

**3.4.1 Principais experiências vivenciadas:** a oficina propiciou que aos ACS e ACE: a) Entender os conceitos de Realidade Virtual; b) Conhecer formas de aplicar a Realidade Virtual; c) Entender os conceitos de Realidade Aumentada; d) Conhecer formas de aplicar a Realidade aumentada; d) Vislumbrar aplicações de Realidade Aumentada e Realidade Virtual para saúde; e) Experimentar a utilização de Realidade Virtual para aplicação de vacinas.

A realidade virtual consiste em uma completa representação digital do mundo atual (figura 4), no qual o usuário é lançado em um universo totalmente criado por computador e a realidade aumentada consiste em trazer objetos e informações virtuais criadas por computador para o mundo real, por meio de dispositivos conectados aos sentidos do usuário, sendo o mais utilizado a visão<sup>21</sup>. Também foram apresentados a tecnologia de vídeos 360°, que é um tipo de

conteúdo audiovisual interativo que permite ao espectador explorar todas as direções de uma cena (esquerda, direita, para cima e para baixo), criando uma experiência imersiva<sup>22</sup>.

**Figura 4 – Imersão em Realidade Virtual com ACS e ACE.**



**Fonte:** Elaborada pelos autores, 2024.

Foram utilizados vídeos demonstrativos das tecnologias citadas durante a aula. Os ACS e ACE puderam utilizar os óculos de realidade virtual e aumentada para utilização na prática dos temas abordados. O exercício permitiu reflexões acerca das possibilidades de uso da tecnologia em suas rotinas de trabalho. Várias ideias surgiram, desde a possibilidade de mapear riscos de queda nas residências dos pacientes idosos, a possibilidade de utilização de VR para aplicação de vacinas e a apresentação da Unidade de Saúde em meios digitais.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A literacia digital, apesar de ainda ser um desafio em alguns contextos, é importante para o desenvolvimento das práticas em saúde. As práticas proporcionadas pelas oficinas tiveram resultados positivos ao retratar os desafios vivenciados na comunidade e oferecer alternativas para melhoria do quadro social local, em especial quanto ao enfrentamento à desinformação. O projeto, contribuiu para o acesso à vacina, e incluiu estratégias que promoveram esclarecimento e empoderamento da população sobre a importância das vacinas.

A interação entre o conhecimento acadêmico promovido pelo IFPB Campus Sousa e a prática cotidiana dos ACS e ACE, mostrou-se inteiramente positiva, no sentido de gerar conexões produtoras, porque o trabalho e a função da extensão, é extremamente relevante para socialização e troca de saberes, como também é capaz de gerar interessantes transformações no ato de promover a diferença de um novo fazer, quando a educação em saúde é impactada.

Evidencia-se também outros aspectos observados ao longo da execução do projeto, entre os quais ressaltam-se: o fortalecimento da equipe no tocante às relações interpessoais; o sentimento de valorização do saber do outro; e a percepção de que tecnologias que aparentemente eram inacessíveis podem e devem ser utilizadas em seu cotidiano da atenção primária à saúde e geram resultados importantes nos indicadores que precisam alcançar. Esse tipo de protagonismo dos agentes em suas ações individuais e coletivas, evidenciam claramente que, a partir do conhecimento direcionado, as mudanças podem ocorrer sem maiores dificuldades e positivar os resultados obtidos.

Outro fator preponderante que foi alcançado com a realização deste trabalho, diz respeito ao aspecto motivacional das equipes de trabalho, que aprenderam a lidar com as adversidades de forma integrada, utilizando-se do conhecimento e das tecnologias apreendidas, para com alegria e ludicidade, buscar as melhores soluções para socializar informações coerentes e validadas pela ciência e, ainda, melhor compreendida pela população, que assim, podem construir melhores vínculos de confiança nas informações e na necessidade das ações da atenção à saúde.

O trabalho de formação dos agentes de saúde e dos agentes de endemias, proporcionou importante conquista, para fortalecer o trabalho em equipe e promover a devida importância destes profissionais em sua labuta, como também despertou nessas pessoas o senso de pertencimento e de responsabilidade de sua atuação, uma vez que foram criativos e participativos na busca de soluções por meio do processo dialógico aliado a melhor utilização da tecnologia em seu processo de comunicação.

A experiência permitiu compreender que o enfrentamento à desinformação em saúde na Atenção Primária exige mais do que campanhas institucionais verticalizadas. Exige reconhecer os ACS e ACE como mediadores estratégicos da comunicação em saúde nos territórios onde atuam. Ao longo das oficinas, observou-se que a apropriação crítica das tecnologias digitais possibilitou que esses profissionais deixassem a posição de meros

consumidores de conteúdo para atuarem como produtores de informação em saúde contextualizada à realidade local.

## REFERÊNCIAS

1. ARRIBAS, Teresa Oñate e Brais G. Pós-modernidade – Jean François Lyotard e Gianni Vattimo. São Paulo: Editora SALVAT do Brasil LTDA, 2017.  
BOEHRINGER INGELHEIM. Impressora 3D: inovação e avanços na saúde. 2023. Disponível em: <https://pro.boehringer-ingelheim.com/br/now/impressora-3d-inovacao-e-avancos-na-saude>. Acesso em: 21 set. 2024.
2. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf?sequence=16](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=16). Acesso em: 31 ago 2024.
3. DRAFT. GUIA ESSENCIAL DA FIRST DRAFT PARA Entender a desordem informacional. 2020. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8288705/mod\\_resource/content/1/WARDLE%20Entender%20a%20desordem%20informacional.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8288705/mod_resource/content/1/WARDLE%20Entender%20a%20desordem%20informacional.pdf). Acesso em: jul de 2024.
4. CETIC. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação – Cetic.br. Pesquisa TIC 2023 Governo Eletrônico. Disponível em [https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20240826104230/resumo\\_executivo\\_tic\\_governo\\_eletronico\\_2023.pdf](https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20240826104230/resumo_executivo_tic_governo_eletronico_2023.pdf)
5. ARAUJO, Verônica Danieli Lima; GLOTZ, Raquel Elza Oliveira. O letramento digital como instrumento de inclusão social e democratização do conhecimento: desafios atuais. **Educação Pública**. Jul de 2014. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/14/26/o-letramento-digital-como-instrumento-de-inclusao-social-e-democratizacao-do-conhecimento-desafios-atuais>. Acesso em: jul 2024.
6. Mendonça. AVM, Prado, EAJ, Andrade NF, Moreira D, Silva JPF, Sousa MF. Digital Inclusion of Health Workers in Goiás State: An account of an Educational Initiative. In: Pereira Neto A, Flynn MB, (eds), **The Internet and Health in Brazil**, Springer; 2019. 331-343 p.
7. Eysenbach G. How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management. *J Med Internet Res*. 2020 jun. 29;22(6):e21820. doi: 10.2196/21820. PMID: 32589589; PMCID: PMC7332253.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. F.13 – Cobertura vacinal. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com\\_F13.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_F13.pdf). Acesso em: jul. de 2024.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Immunization Coverage. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>. Acesso em: 15 set. 2024.
10. FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Projeto indica como reverter queda na cobertura vacinal. 2023**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/projeto-indica-como-reverter-queda-na-cobertura-vacinal>. Acesso em: jul de 2024.
11. World Health Organization. (2021). Immunization Coverage. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.
12. MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práx. Educ.**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, out. 2021. Disponível em

<[http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-26792021000500060&lng=pt&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-26792021000500060&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 31 ago. 2024. Epub 25-Nov-2021. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

13. RAABE, André; GOMES, Eduardo Borges. *Maker: uma nova abordagem para tecnologia na educação*. Revista Tecnologias na Educação – Ano 10 – Número/Vol.26 Edição Temática VIII – III Congresso sobre Tecnologias na Educação (Ctrl+E 2018) [tecnologiasnaeducacao.pro/tecedu.pro.br](http://tecnologiasnaeducacao.pro/tecedu.pro.br). Disponível em: <https://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2018/09/Art1-vol.26-EdicaoTematicaVIII-Setembro2018.pdf>. Acesso em: 12 ago 2024.

14. CHAUÍ, Marilena de Souza. **Simulacro e poder: uma análise da mídia**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Acesso em: 26 ago. 2024. , 2006  
*DOUGHERTY, Dale. (2016) Free to Make: how the maker movement is changing our schools, our jobs and our minds. North Atlantic Books. Berkley, California. 2016*

15. MOREIRA, Thaianie (org.). [Guia] Desinformação sobre saúde: vamos enfrentar esse problema?, 2024. Disponível em: [https://abcpública.org.br/wp-content/uploads/2024/04/cartilha\\_sus\\_web-1.pdf](https://abcpública.org.br/wp-content/uploads/2024/04/cartilha_sus_web-1.pdf). Acesso em: jul de 2024.

16. SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves; BRASIL, Virginia Visconde; OLIVEIRA, Lizete Malagoni Cavalcante; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **SciELO Brazil**. Texto & Contexto - Enfermagem 2006, v. 15, n. 1 pp. 68-73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/kPCTgZ3ORCjxbQcszyK5Zf/> Acesso em: 7 Set 2024.

17. MILANI, L.R.N.; BUSATO, I.M.S. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. R. Saúde Públ. Paraná. 2021 Jun.;4(2):15. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/480/217>. Acesso em 20 de set. 2024.

18. DOUGHERTY, Dale. *Free to Make: How the Maker Movement is Changing Our Schools, Our Jobs, and Our Minds*. Berkeley: North Atlantic Books, 2016.

19- CARDOSO, G. C. Impressão 3D: um futuro promissor para a medicina. *Thema et Scientia*, FAG, 2021. Disponível em: <https://themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/download/1256/1297/3812>. Acesso em: 21 set. 2024.

20. BOEHRINGER INGELHEIM. Impressora 3D: inovação e avanços na saúde. News of the World, 2023. Disponível em: [https://pro.boehringer-ingelheim.com/br/now/impressora-3d-inovacao-e-avancos-na-saude#:~:text=Pesquisadore%20do%20MIT%20\(Massachusetts%20Institute.zerando%20as%20filas%20para%20transplantes](https://pro.boehringer-ingelheim.com/br/now/impressora-3d-inovacao-e-avancos-na-saude#:~:text=Pesquisadore%20do%20MIT%20(Massachusetts%20Institute.zerando%20as%20filas%20para%20transplantes). Acesso em: 23 set. 2024.

21. FARSHID, M.; PASCHEN, J.; ERIKSSON, T.; KIETZMANN, J. Go boldly!: Explore augmented reality (AR), virtual reality (VR), and mixed reality (MR) for business, v. 61, n. 5, p. 747-758, 2018.

22. CARVALHO, T. M.; PESCHANSKI, J. A. Um modelo de avaliação do realismo, da interatividade e da sensação de presença na realidade virtual: a difusão científica em vídeos 360 graus no YouTube. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, e57111224850, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.24850>.

# O monitoramento de gestantes no âmbito da atenção primária e o impacto sobre indicadores de saúde

*Monitory pregnant women in primary care and the impact on health indicators*

*El monitoreo de mujeres embarazadas en el ámbito de la atención primaria y su impacto en los indicadores de salud*

**Letícia Cristina Farias Pinheiro<sup>1</sup>**

**Lohanna Beatriz Chaves de Brito Almeida<sup>2</sup>**

**Ana Maria da Silva Bardini<sup>3</sup>**

**Adrielle Rodrigues da Cruz<sup>4</sup>**

**Uilian Roger Sanches Pantoja<sup>5</sup>**

**Marília de Fátima Vieira de Oliveira<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA) | leticiafariasp@hotmail.com

<sup>2</sup> Faculdade Integrada do Amazonas (FINAMA)|

<sup>3</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA)|

<sup>4</sup> Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA)|adrielle.rodrigues@unifesspa.edu.br

<sup>6</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA)| mariliafvo@ufpa.br

## RESUMO

**Introdução:** Está ocorrendo uma constante progressão na atenção à saúde, em destaque, nas redes de Atenção Primária à Saúde (APS), visando a melhoria na captação de usuários e efetividade dos serviços prestados. Esse relato busca descrever a vivência de profissionais e acadêmicos no monitoramento dos indicadores relacionados ao Pré-natal e o seu impacto na qualidade dos serviços em saúde. **Método:** Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, ocorrido no município de Marabá, no sudeste do Pará, em uma Unidade de Saúde da Família, no período de janeiro a dezembro do ano de 2023. **Resultados:** A partir dos resultados do primeiro quadrimestre do ano de 2023, onde pode-se avaliar que apenas o indicador 2 alcançou mais do que a meta estipulada e os outros dois indicadores permaneceram fora da meta, buscou-se estratégias que levassem o rendimento, no intuito de promover uma cobertura efetiva dos serviços da APS. É notório a evolução dos indicadores relacionados à gestante no ano em questão, no primeiro quadrimestre o indicador 1 teve um acréscimo de 8% durante o ano, exames de sífilis e HIV, indicador 2, cresceu 5% e por fim, indicador 3 com aumento de 12%. **Considerações Finais:** Reconhecer que os esforços da equipe e gestão estão sendo eficientes, para melhora do desempenho no serviço de saúde

através do monitoramento do grupo, bem como está promovendo uma cobertura efetiva da APS na melhora da qualidade da assistência, com foco nas ações desenvolvidas para atender as necessidades de saúde dessas pessoas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Indicadores de Saúde. Gestantes. Enfermeiros de Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Introduction:** There is constant progress in health care, especially in the APS networks, aiming to improve the recruitment of users and the effectiveness of the services provided. This story seeks to reveal the experience of professionals and academics in monitoring two indicators related to Pré-natal and their impact on the quality of health services. **Method:** This is a descriptive experience report, which took place in the municipality of Marabá, in the southeast of Pará, in a Family Health Unit, in the period from January to December 2023. **Results:** Based on two results In the first quarter of the year 2023, where it can be confirmed that only indicator 2 has reached more than the stipulated goal and the other two indicators will remain outside the goal, strategies are sought to improve performance, not intended to promote coverage. APS services are effective. The evolution of two indicators related to pregnant women is notable, in the first four months, indicator 1 has increased by 8% during the year, syphilis and HIV tests, indicator 2, has increased by 5% and finally, indicator 3 has increased of 12%. **Final Considerations:** Recognize that the efforts of the team and management are being efficient, for better performance in the health service through the monitoring of the group, as well as promoting effective APS coverage in better quality of care, with focus on the actions developed to meet the health needs of people.

**Keywords:** Primary Health Care. Health Indicators. Pregnant Women. Family Health Nurses.

## RESUMEN

**Introducción:** Está ocurriendo un progreso constante en la atención a la salud, en el desastre, en las redes de Atención Primaria de Salud (APS), visando a la mejora de la captación de los usuarios y la eficacia de los servicios prestados. Esta relación busca descubrir la vida de profesionales y académicos sin monitorear los indicadores relacionados con el embarazo y el impacto en la calidad de los servicios en salud. **Método:** Se trata de un relato de experiencia del tipo descriptivo, ocurrido en el municipio de Marabá, en el sureste de Pará, en una Unidad de Salud de la Familia, durante el período de enero a diciembre del año de 2023. **Resultados:** A partir de dos resultados desde el primer cuatrimestre del año 2023, donde se puede evaluar que solo el indicador 2 superó la meta estipulada y los otros dos indicadores permanecieron fuera de la meta, se buscaron estrategias para mejorar el rendimiento, con el objetivo de promover una cobertura efectiva de los servicios de APS. Es notoria la evolución de los indicadores relacionados con las mujeres embarazadas en el año en cuestión. En el primer cuatrimestre, el indicador 1 tuvo un aumento del 8% durante el año, exámenes de sífilis y VIH, el indicador 2 creció un 5% y, por último, el indicador 3 aumentó un 12%. **Consideraciones finales:** reconocer que los esfuerzos de equipo y gestión son eficientes, para mejorar el desempeño en el servicio de salud a través del monitoreo del grupo, ya que está

promoviendo una cobertura efectiva de APS con la mejor calidad de asistencia, con foco en las acciones desarrolladas para atender las necesidades de salud de estas personas.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud. Indicadores de Salud. Mujeres Embarazadas. Enfermeros de Salud Familiar.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas são estruturadas e desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), resultado disso é a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que objetiva a reorganização e sistematização do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

Assim sendo, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, são: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também podem ser acrescentados profissionais de Saúde Bucal generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal<sup>1</sup>.

Dessa forma, as equipes em saúde da família refletem, propositalmente, no aumento da acessibilidade ao serviço, através das visitas domiciliares e ações de prevenção e promoção da saúde, tornando-se uma ferramenta crucial no acompanhamento da população, ressaltando o cuidado às mulheres durante o ciclo gestacional<sup>2</sup>.

Assegurando ainda, a oferta de acolhimento às mulheres em suas diferentes fases gravídico-puerperal, através da busca ativa, como meio de proximidade e vínculo entre profissional-usuário<sup>2</sup>. Nesse viés, o SUS é reconhecido como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo<sup>3</sup>. Garantindo à população o acesso integral, equitativo, universal e gratuito aos serviços de saúde em seus diferentes níveis assistenciais<sup>4</sup>.

Logo, nos últimos períodos, está ocorrendo uma constante progressão na atenção à saúde, em destaque, nas redes de APS, visando a melhoria na captação de usuários e efetividade dos serviços prestados<sup>5</sup>. Tendo como ênfase a implementação do Programa Previne Brasil, pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 com o objetivo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe<sup>6</sup>.

Em sua formação inicial, constavam sete indicadores, pautados nas principais necessidades dentro dos serviços de saúde, tais quais: gestantes com pelo menos seis

consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; gestantes com atendimento odontológico realizado; mulheres com coleta de citopatológico na APS; crianças de um ano de idade com vacinas atualizadas; proporção de portadores de hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; pessoas com diabetes, com hemoglobina glicada solicitada no semestre<sup>7</sup>.

Para mais, visto as notórias evoluções, destacam-se tecnologias e ferramentas utilizadas para a eficiência dos programas e políticas voltadas para o acompanhamento do Pré-natal, como os cartões de gestantes, calendário de vacinas, solicitação de exames, visitas domiciliares e no mínimo 6 consultas para pesquisa de fatores de risco e acompanhamento, colaborando para a captação de gestantes e conseqüentemente no alcance de indicadores, possibilitando uma melhor assistência<sup>8</sup>.

Dessa maneira, tais estratégias surgem a partir da necessidade do acompanhamento das usuárias nos serviços de saúde, destacando que o monitoramento será possível com a ação conjunta de toda equipe, na colaboração entre usuário e profissionais.

Outrossim, o presente estudo, objetiva descrever a vivência de profissionais e acadêmicos no monitoramento dos indicadores relacionados ao Pré-natal e o seu impacto na qualidade dos serviços em saúde da atenção primária.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, transcorrendo no município de Marabá, no sudeste do Pará, no período de janeiro a dezembro do ano de 2023, em uma Unidade de Saúde da Família (USF). O município mencionado apresenta uma estimativa populacional de 266.536 habitantes conforme o censo de 2022, sendo considerado o 5º município mais populoso dentre os 144 municípios, com índice de densidade demográfica de 17,62 hab/km<sup>2</sup> em 2022<sup>9</sup>.

Essa descrição refere-se a uma vivência da enfermeira atuante na ESF, gestora da USF, acadêmicas da graduação em saúde coletiva e de enfermagem, sobre o monitoramento e busca ativa de gestantes para alcance de indicadores do pré-natal no programa previne brasil, bem como ofertar uma assistência adequada e criar estratégias para atender as demandas existentes desse grupo.

A rede de atenção primária à saúde no município, conta com 34 Equipes de ESF na zona urbana, sendo divididas em 12 Unidades Básicas de saúde, onde possuem 30 Enfermeiros, 27 Médicos, 34 Técnicos de Enfermagem e 250 ACS.

A USF Pedro Cavalcante consta de três Equipes de Saúde da Família, compostas por 2 enfermeiros, 2 médicos, 3 técnicos de enfermagem e 27 ACS. Além disso, são cadastrados atualmente 11.321 pacientes que são acompanhados pela unidade e pelos profissionais componentes da equipe.

A unidade dispõe de serviços como triagem com aferição de pressão arterial e sinais vitais, vacinação, distribuição de medicações básicas, realização do teste do pezinho, coleta do exame citopatológico, administração de medicação injetável, curativos, controle de hipertensos e diabéticos através do programa hiperdia, consultas com profissional médico e de enfermagem, além da parte administrativa e gerência.

### **3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

#### **3.1 Sob o olhar da Enfermeira**

Desde o momento da implantação do programa Previne Brasil, buscou-se organizar a gestão em saúde e implementar ferramentas para o atendimento, como a inserção do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) nas unidades de saúde zona urbana do município de marabá, no Pará, referindo especificamente a USF Pedro Cavalcante, onde ocorreu a experiência.

Neste relato, aborda-se a vivência profissional e acadêmica no ano de 2023 diante do monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho pré-natal, tais quais: proporção de gestantes com 6 consultas, sendo a primeira até a 12º semana de gestação (indicador 1), realização de exames para sífilis e HIV (indicador 2) e atendimento odontológico (indicador 3).

Como ferramenta importante para avaliação do desempenho de forma geral, a gerência do local propôs reunião mensal com as equipes e a cada quatro meses com todos os profissionais que compõem o quadro do estabelecimento, a fim de apresentar os resultados obtidos com a coordenação do programa no município.

Dessa forma, é plausível identificar como está o desempenho, se as metas estão sendo alcançadas, o que pode ser feito para mudar os indicadores que estão com índice abaixo do esperado e com esses resultados obter um indicativo de qualidade do serviço em saúde que está sendo prestado a comunidade.

A partir dos resultados do primeiro quadrimestre do ano de 2023, onde pode-se avaliar que apenas o indicador 2 alcançou mais do que a meta estipulada e os outros dois indicadores

permaneceram fora da meta, buscou-se estratégias que levassem o rendimento, no intuito de promover uma cobertura efetiva dos serviços da APS.

Pensando nisso, com o auxílio do PEC foram detectadas as gestantes que faziam parte da área de cobertura da ESF, através de um relatório que o próprio programa disponibiliza, assim sendo os acadêmicos analisaram os dados, identificaram os ACS de cada área, quantas consultas pré-natal a mulher tinha até o momento, idade gestacional, se realizou consulta odontológica e encerramento com consulta puerperal.

Com base nos dados obtidos, o enfermeiro (a) responsável pela equipe teve um controle mensal sobre a condição de saúde dessas mulheres e um monitoramento para priorizar o atendimento desse público. Cabe enfatizar que o enfermeiro tem atribuições importantes frente a condução do pré-natal dentro da ESF, proporcionando cuidado humanizado no ciclo gravídico puerperal, com o propósito de promover saúde, prevenir e reduzir danos que acarretam em morbimortalidade materna e fetal<sup>10</sup>.

Dessa maneira, o profissional agendou as consultas conforme a recomendação do Ministério da Saúde para o pré-natal de baixo risco, sendo 1 consulta mensal até a 28ª semana de gestação, quinzenal até a 36ª semana e semanal até o parto<sup>11</sup>. Ressalta que nesse serviço, a avaliação da mulher é feita individualmente a partir da condição de saúde identificada no momento da consulta pelo profissional que a acompanha, por isso pode não ser seguido na íntegra.

A busca ativa das gestantes faltosas foi realizada pelo ACS de cada microárea e agendado posteriormente as consultas para atualização, assim como a captação precoce das mulheres com amenorreia a 15 dias, orientação para periodicidade do acompanhamento e encaminhamento ao serviço de saúde, de acordo com o determina o seu papel no cuidado à população adstrita de seu território<sup>12-13</sup>.

Vale ressaltar que na USF em questão, as consultas médicas e de enfermagem são agendadas a cada segunda-feira de cada semana, não se tem atendimento odontológico dentro do setor, então as gestantes são agendadas para avaliação em outra unidade, e apenas 1 das 3 equipes de ESF estava completa, além de estar funcionando em local provisório e poucos consultórios para atendimento e privacidade das mulheres. Portanto, os desafios enfrentados durante o período foram diversos, contudo buscou-se implementar ações para melhora do cuidado e do impacto na saúde desse grupo.

### **3.2 Sob o olhar da gestão**

A gestão municipal de saúde, entendendo a importância e responsabilidades quanto à assistência prestada à gestante, promove o suporte por meio da coordenação da saúde da mulher, amparando com testes rápidos e assistência odontológica. Visto que, a unidade em questão não possui atendimentos de odontologia o que dificulta alcançar as metas do indicador 3, em vista disso os atendimentos são realizados por meio de outro centro de saúde que são agendadas pelo administrativo da USF Pedro Cavalcante.

Para a melhoria das metas, a gerência do local propôs reuniões mensais para fazer o monitoramento das gestantes. Além disso, é filtrado por meio de planilhas pela coordenação municipal do Previne Brasil todas as gestantes que estão em acompanhamento, no qual, se identifica os atendimentos que faltam para alcançar os indicadores, nos trazendo uma maior resolutividade e compreensão para atingir as metas.

Nas reuniões mensais, é possível identificar quais são os acertos e as falhas da equipe, abordando os pontos positivos das estratégias utilizadas para o alcance dos indicadores e constatando também a visão da população com base na vivência dos ACS.

Outrossim, quadrimestralmente é realizada uma reunião com toda a equipe da unidade com o objetivo de mostrar o resultado do esforço de cada profissional, propondo um momento de escuta, objetivando melhorias com base no que cada um tem dificuldade.

É notório a evolução dos indicadores relacionados à gestante no ano de 2023, no primeiro quadrimestre o indicador 1 teve um acréscimo de 8% durante o ano, exames de sífilis e HIV, indicador 2, cresceu 5% e por fim, indicador 3 com aumento de 12%.

É importante abordar que a implantação do PEC em setembro do ano de 2022 na USF Pedro Cavalcante consiste em um sistema com os dados do paciente, atendimento, acompanhamento e módulos de gestão, que torna as informações mais fidedignas implicando totalmente no resultado dos indicadores, com o objetivo de organizar a gestão de pacientes e ter um melhor monitoramento na qualidade da assistência.

Os atendimentos da unidade de saúde são realizados de segunda a sexta-feira, com agendamento na segunda-feira para o resto da semana. Todavia, os ACS que acompanham as gestantes de suas áreas de abrangência fazem todos os agendamentos, evitando que a paciente se desloque até a USF para essa marcação, o que facilita a logística e um cuidado longitudinal desde a descoberta da gravidez até o parto e puerpério.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da implantação do novo modelo de financiamento da Atenção Básica a partir dos indicadores do programa Previne Brasil em 2019 foi possível realizar uma avaliação sobre os processos de trabalho da APS e monitorar o desempenho da qualidade na saúde que está sendo ofertada à população.

Dessa forma, os autores avaliaram o desempenho dos indicadores através dos resultados em cada quadrimestre, salienta-se que as estratégias utilizadas para melhora e alcance das metas foram realizadas após a primeira reunião, com isso tem-se um comparativo, apesar da unidade não ter atingido a meta estabelecida nos indicadores 1 e 3, houve um aumento significativo de 7% e 10% respectivamente.

Reconhecer que os esforços da equipe e gestão estão sendo eficientes, para melhora do desempenho no serviço de saúde através do monitoramento do grupo, bem como está promovendo uma cobertura efetiva da APS na melhora da qualidade da assistência, com foco nas ações desenvolvidas para atender as necessidades de saúde dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia Saúde da Família** [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; [data de acesso: 14 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>
2. MOIMAZ, S.A.S.; RAMIREZ, G.T.V.; SALIBA, N.A.; SALIBA, T.A. **Cuidados à saúde da gestante no âmbito da Atenção Primária**. Saúde e Desenvolvimento Humano, 2020 [consulta 14 de julho de 2024]; v. 8, n. 3, p. 123-132. Disponível em: [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/6713](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/6713)
3. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **SUS** [Internet]. Brasil. [data de acesso: 14 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde** [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. [data de acesso: 14 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
5. OPAS/OMS | **Organização Pan-Americana da Saúde** [Internet]. www.paho.org. 2023 [data de acesso 15 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude#:~:text=No%20caso%20do%20Brasil%2C%20o>

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Previne Brasil** [Internet]. [data de acesso em 15 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil>  
**MODELO DE FINANCIAMENTO DESCONTINUADO EM 2024.**
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Previne Brasil: 40 municípios recebem a nota máxima em indicadores de desempenho** [Internet]. [data de acesso em 15 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/previne-brasil-40-municipios-recebem-a-nota-maxima-em-indicadores-de-desempenho>
8. ALVES, B.O.M. **Importância do pré-natal** | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [data de acesso 15 de julho de 2024]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/>
9. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022. População e domicílios: Primeiros resultados.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2102011>
10. VALÉRIO, P.C. DE A.; OLIVEIRA, V.R. de. Papel do enfermeiro no acompanhamento pré-natal na estratégia de saúde da família. **Cad. da Esc. de Saúde**, Curitiba, V.22 N.2:12-22. Doi: 10.25192/issn.1984-7041.v22i26879
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_agente\\_comunitario\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_agente_comunitario_saude.pdf)
13. AQUINO, Marina Garcia Cardoso de. **O Agente Comunitário de Saúde na atenção à gestante e à puérpera: repercussões e uma estratégia de Educação Permanente.** Dissertação (mestrado profissional). Universidade Federal da Bahia, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17391/1/Diss%20MP%20Marina%20Garcia%20C.%20Aquino.%202014.pdf>

# **Ações Públicas de Saúde para a População em Situação de Rua: Itinerário de Pesquisa e Características Gerais da Amostra**

*Public Health Actions for the Population in Your Situation: Research Itinerary  
and General Sample Characteristics*

*Acciones de salud pública para la población de su situación: itinerario de  
investigación y características generales de la muestra*

**Karolayne Patricio**

**Nicole Sasse**

**Kristiane de Castro Dias Duque**

**Luciana Maria Mazon**

## **RESUMO**

Esta pesquisa descreve os aspectos metodológicos e as características gerais da amostra do Estudo “Acesso, resolutividade e sustentabilidade das ações públicas de saúde para a População em Situação de Rua no Estado de Santa Catarina”. Foram entrevistadas 346 pessoas em situação de rua, 40 profissionais de saúde e 19 gestores. Quanto às pessoas em situação de rua, 85,5% eram homens, heterossexuais (90,5%), autodeclaradas pardas (41,9%). Os motivos que levaram a situação de rua incluem conflitos familiares, perda de emprego e uso prejudicial de álcool e outras drogas. A idade média dos profissionais que prestam assistência a essa população é de 41 anos, e 65% atuam no cargo entre seis meses e cinco anos. Entre os gestores, dos 19 participantes, 14 são enfermeiros, sendo que sete estão na função há menos de um ano. A base de dados deste estudo permite inúmeras possibilidades de abordagens e desenhos analíticos que podem ser estruturados, favorecendo investigações sobre condições de vida e acesso à saúde da população em situação de rua em diferentes contextos.

**Palavras-chave:** População em Situação de Rua. Epidemiologia. Metodologia. Gestão em Saúde.

## **ABSTRACT**

This research describes the methodological aspects and general characteristics of the sample from the study "Access, Effectiveness, and Sustainability of Public Health Actions for the Homeless Population in the State of Santa Catarina." Interviews were conducted with 346 homeless individuals, 40 healthcare professionals, and 19 managers. Among the homeless individuals, 85.5% were men, heterosexual (90.5%), and self-identified as multiracial (41.9%). The reasons leading to homelessness included family conflicts, job loss, and harmful use of alcohol and other drugs. The average age of professionals providing care to this population is

41 years, and 65% have been in their roles for six months to five years. Among the 19 managers, 14 are nurses, seven of whom have been in their positions for less than a year. The database from this study offers numerous possibilities for approaches and analytical designs that can be structured to facilitate investigations into the living conditions and healthcare access of the homeless population in different contexts.

**Keywords:** Homeless Population. Epidemiology. Nursing Methodology Research. Health Management.

## RESUMEN

Esta investigación describe los aspectos metodológicos y las características generales de la muestra del Estudio “Acceso, resolutivez y sostenibilidad de las acciones públicas de salud para la Población en Situación de Calle en el Estado de Santa Catarina”. Se entrevistaron a 346 personas en situación de calle, 40 profesionales de la salud y 19 gestores. En cuanto a las personas en situación de calle, el 85,5% eran hombres, heterosexuales (90,5%) y se autodeclararon mestizos (41,9%). Los motivos que llevaron a la situación de calle incluyen conflictos familiares, pérdida de empleo y consumo perjudicial de alcohol y otras drogas. La edad promedio de los profesionales que prestan asistencia a esta población es de 41 años, y el 65% desempeña el cargo entre seis meses y cinco años. Entre los gestores, de los 19 participantes, 14 son enfermeros, de los cuales siete están en la función desde hace menos de un año. La base de datos de este estudio permite innumerables posibilidades de enfoques y diseños analíticos que pueden estructurarse, favoreciendo investigaciones sobre las condiciones de vida y el acceso a la salud de la población en situación de calle en diferentes contextos.

**Palabras clave:** Población sin Hogar. Epidemiología. Metodología. Gestión en Salud.

## 1 INTRODUÇÃO

Estimava-se que, em 2020, a População em Situação de Rua (PSR) no Brasil fosse composta por 221.869 pessoas<sup>1</sup>. No entanto, em 2022, esse número ultrapassou 281 mil<sup>2</sup>, representando um aumento de 38% entre 2019 e 2022<sup>3</sup>. Atualmente, a maioria dessas pessoas é oriunda de áreas urbanas, permanecendo, em muitos casos, nas cidades de origem ou em regiões próximas<sup>4</sup>.

Em 2023, na maior cidade do estado de Santa Catarina, uma pesquisa censitária conduzida em duas estações distintas, verão e inverno, identificou um total de 436 pessoas na primeira estação e 428 na segunda<sup>5</sup>.

A PSR é caracterizada como uma população heterogênea, mas que compartilha certas condições, como vínculos familiares interrompidos ou frágeis, moradias não convencionais (como espaços públicos ou áreas degradadas), e inserção em uma situação de

pobreza extrema<sup>6</sup>. Diante dessa vulnerabilidade, essa população possui necessidades abrangentes que exigem uma abordagem transversal entre diferentes políticas públicas.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), define princípios e diretrizes para a assistência a esse grupo e institui o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP-Rua) para avaliar as políticas públicas voltadas a essa população<sup>6,7</sup>. Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desempenha um papel fundamental no cuidado em saúde, especialmente por meio das equipes do Consultório na Rua (CnR). Os Centros POP também são essenciais, atuando como redes de proteção socioassistencial, acolhendo e promovendo a reinserção social da PSR<sup>8</sup>.

Entretanto, ainda é necessário efetivar os direitos já garantidos e implementar outras medidas abrangentes que assegurem o acesso a serviços básicos e condições de vida dignas para essa população. Para enfrentar esses desafios, é crucial desenvolver políticas e ações baseadas em dados provenientes de sistemas de informação e pesquisas, que permitam identificar as reais necessidades de cada grupo, subsidiando ações eficazes.

As questões envolvidas devem ser analisadas sob uma perspectiva técnico-científica, mas também humanizada, com o objetivo de promover mudanças na condição social desta população. Assim, é necessário evidenciar a realidade e reconhecer que a precariedade da vida humana não pode ser vista como um fenômeno inevitável nas grandes cidades. O reconhecimento dessa população ajuda a entender que a vulnerabilidade possui dimensões tanto individuais quanto coletivas<sup>9,10</sup>.

Neste contexto, o presente estudo tem o objetivo de descrever os aspectos metodológicos da pesquisa e apresentar as características gerais da amostra da pesquisa sobre a PSR no estado de Santa Catarina, realizada pelo Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC) com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

Além do processo metodológico, a pesquisa apresenta a estruturação de um Modelo Teórico Lógico e uma Matriz de Avaliação, que permitem o julgamento das ações de saúde direcionadas a essa população nos municípios. O que pode servir como referência para a estruturação de outros inquéritos epidemiológicos e processos avaliativos relacionados à PSR em diferentes municípios e estados do país.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

## **2.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1.1 Desenho do estudo**

A pesquisa “Acesso, resolutividade e sustentabilidade das ações públicas de saúde para a População em Situação de Rua no Estado de Santa Catarina”, foi financiada pelo Edital Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), nº 16/2020, pela FAPESC.

A pesquisa é composta por uma revisão de escopo, um Modelo Teórico Lógico, uma Matriz de Avaliação e o estudo da População em Situação de Rua, dos profissionais de saúde e dos gestores públicos que prestam assistência a essa população. Os resultados darão subsídio para a elaboração de uma linha de cuidado para a População em Situação de Rua no Estado de Santa Catarina (Figura 1).

O estudo é um recorte transversal que descreve os aspectos metodológicos e apresenta as características gerais da amostra, composta por profissionais de saúde, gestores e pessoas em situação de rua. A pesquisa foi realizada nos dois maiores municípios do estado de Santa Catarina, no período de março a outubro de 2023.

### **2.1.2 Local e seleção dos participantes**

#### **2.1.2.1 População em Situação de Rua**

A população deste estudo é composta por pessoas viventes em situação de rua. A seleção dos participantes foi realizada por amostragem aleatória simples, levando em consideração a presença dos indivíduos nos locais de coleta, bem como, sua disponibilidade e interesse em participar.

Os participantes convidados a integrar o estudo foram homens e mulheres com idade superior a 18 anos, em situação de rua no momento da pesquisa. A participação foi voluntária, formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos casos necessários, o TCLE foi lido para o participante, permitindo a assinatura por meio de impressão digital realizada no momento.

Os pontos de coleta foram definidos a partir do mapeamento das áreas com maior concentração dessa população, abrangendo tanto instituições assistenciais quanto regiões frequentemente visitadas. As informações foram obtidas por meio de dados no site da Prefeitura, relatos de moradores locais e o conhecimento prévio das pesquisadoras, que residem nos municípios.

O primeiro município é dividido em três distritos sanitários (Norte, Centro e Sul), cada um com características socioeconômicas e demográficas distintas. Foram estabelecidos 21 pontos de coleta, identificados em um mapa territorial, considerando a representatividade da amostra e respeitando as particularidades de cada região. No outro município, os distritos sanitários são divididos em Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, também apresentando variação nas características demográficas e socioeconômicas, totalizando 24 pontos de coleta com a PSR.

As entrevistas foram conduzidas pelas equipes de pesquisa organizadas em grupos que se deslocavam pelos distritos, a fim de realizar as coletas de dados.

### **2.1.2.2 Profissionais de saúde**

Os profissionais de saúde selecionados foram os enfermeiros, pois na grande maioria das vezes, são os primeiros profissionais que atendem a PSR, quando esta busca por atendimento. A pesquisa com os profissionais de saúde foi realizada nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, em ambos os municípios. Para o primeiro, na Atenção Primária, foram entrevistados enfermeiros assistenciais nas Unidades Básicas de Saúde. Elas foram selecionadas de acordo com os três distritos sanitários do município: cinco Unidades do Distrito Sul; seis Unidades do Distrito Norte; e nove Unidades do Distrito Centro. Estas foram selecionadas por representatividade territorial, de forma aleatória, pois o município apresenta diferentes características nestes três Distritos.

Na Atenção Secundária foram entrevistados enfermeiros assistenciais das Unidades de Pronto Atendimento (PA e UPA), e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Estes locais foram escolhidos pois também são, em muitas vezes, o primeiro local que a PSR busca por atendimento. As Unidades de Pronto Atendimento selecionadas foram a UPA Leste e a UPA Sul que são de porte III, e o PA Norte (Pronto Atendimento) 24 horas do município.

Na pesquisa com os enfermeiros assistenciais da Atenção Terciária, foram selecionados os seguintes locais: dois hospitais públicos do município; um hospital filantrópico; e uma maternidade pública.

A pesquisa no outro município foi realizada em cinco distritos: Continente; Centro; Norte da Ilha; Leste da Ilha; e Sul da Ilha. Para a coleta na Atenção Primária, foram selecionadas 10 UBSF nos cinco distritos citados. Na Atenção Secundária as entrevistas ocorreram na UPA Continente, UPA Norte, UPA Sul e duas Policlínicas. Já na Atenção

Terciária foram coletadas em três hospitais, sendo um deles um Hospital Universitário (HU). Todos estes locais foram selecionados por representatividade territorial, pela diversidade de características entre os distritos.

### **2.1.2.3 Gestores**

Os gestores participantes da pesquisa foram selecionados por serem referência na gestão e coordenação dos serviços de saúde, participando dos processos decisórios.

As entrevistas com os gestores foram compostas por coordenador/gerente de enfermagem dos serviços de Atenção Primária, Secundária e Terciária dos municípios, sendo eles sete UBSF, três UPA, dois hospitais públicos e uma maternidade. Também participaram da pesquisa o presidente do Conselho Municipal de Saúde, o coordenador Regional de Saúde, o Secretário Municipal de Saúde, o coordenador do Distrito Sanitário Norte, o coordenador do Distrito Sanitário Centro, o coordenador do Distrito Sanitário Sul.

### **2.1.3 Estimativa do tamanho da amostra**

O cálculo amostral realizado para determinar a participação da População em Situação de Rua, utilizou as estimativas populacionais oficiais para cada município no ano de 2021.

A estimativa do tamanho da amostra foi realizada com o auxílio do OpenEpi, com base no cálculo de tamanho amostral para frequência em uma população ( $n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[d2 / Z2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]}$ ). Para o primeiro município foi estimado o tamanho da população em 604.708 e para o segundo, 516.524 habitantes, com nível de confiança de 95%, frequência antecipada de 50% e efeito de desenho para estudos com amostras complexas (EDFF) de 1, sendo acrescidos 10% para perdas estimadas. Isso resultou em uma amostra de 236 pessoas em situação de rua para o primeiro município e 221 para o segundo.

A seleção dos profissionais de saúde foi uma amostra intencional, onde foram entrevistados 39 enfermeiros assistenciais, sendo 26 na Atenção Primária em 26 Unidades Básicas de Saúde, sete profissionais das Unidades de Pronto Atendimento (PA e UPA) e CAPS AD e seis da emergência das unidades hospitalares.

Os gestores participantes foram selecionados de forma intencional, totalizando 19 entrevistas.

### **2.1.4 Critérios de inclusão e exclusão**

#### **2.1.4.1 População em Situação de Rua**

Foram selecionados para a pesquisa homens e mulheres em situação de rua, maiores de 18 anos, que participaram de forma voluntária, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as pessoas sob forte efeito de substâncias lícitas e/ou ilícitas, assim como aquelas que desistiram de participar após a assinatura do TCLE, sem qualquer prejuízo para os participantes. Foram incluídas apenas pessoas que viviam nas ruas há pelo menos uma semana.

#### **2.1.4.2 Profissionais de saúde**

Para participar da pesquisa foram selecionados enfermeiros assistenciais, mulheres e homens com mais de 18 anos, que estivessem no cargo e no local de trabalho por no mínimo seis meses e aceitassem participar assinando o TCLE.

#### **2.1.4.3 Gestores**

Para a pesquisa com os gestores, os critérios de inclusão foram mulheres e homens com mais de 18 anos, ocupar o cargo de líder e/ou gestor, este sem tempo mínimo definido, bem como aceitar participar da pesquisa com a assinatura do TCLE.

Os critérios de exclusão tanto para os profissionais de saúde como os gestores foi estar afastado do serviço, por motivos de atestados médicos e/ou outras justificativas, como também a desistência da participação na pesquisa.

#### **2.1.5 Questões éticas**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt pelo Parecer nº 4.635.3 48 e respeitou a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde que apresenta diretrizes e normas para a realização de pesquisas com seres humanos. Esta pesquisa garantiu o anonimato e o sigilo total das informações fornecidas, em conformidade com os preceitos éticos.

#### **2.1.6 Validação de face/conteúdo e estudo-piloto**

Antes de iniciar a coleta de dados as perguntas foram analisadas e validadas por especialistas da área, em duas oficinas. O instrumento de coleta também passou por teste piloto realizado por três pesquisadoras de um dos municípios de estudo. Esse teste piloto serviu para ajustes do material, bem como fundamentou o treinamento dos entrevistadores.

### **2.1.7 Coleta de dados**

Os pontos de coleta foram divididos entre os 15 entrevistadores da pesquisa, respeitando o mapeamento previamente citado. Estes, foram capacitados pela equipe de pesquisa e permaneceram com supervisão contínua. Receberam ajuda de custo, financiada conforme previsto no Edital FAPESC da pesquisa fonte, para despesas com deslocamento e necessidades pessoais durante as entrevistas. A coleta de dados foi realizada com o auxílio de tablets ou smartphones.

A PSR elegível foi abordada pelo entrevistador, devidamente uniformizado e identificado, que explicou o objetivo da ação, seu funcionamento e a liberdade de participação. Já com os profissionais da saúde e gestores, a pesquisa foi realizada mediante o contato e agendamento prévios.

Foi reforçado ao entrevistado que não há benefícios financeiros na participação da pesquisa. As entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do TCLE.

Para garantir o sigilo, cada entrevistado da PSR recebeu um código composto por: letra inicial da cidade + código do entrevistador (definido previamente) + número do ponto de coleta (conforme mapeamento) + número da entrevista, como por exemplo: J010203. Para os profissionais da saúde e gestores, o código foi formado por letra inicial da cidade + código do entrevistador (definido previamente) + número do ponto de coleta (conforme mapeamento) + número da entrevista + inicial do cargo do entrevistado (“P” para profissionais e “G” para gestores), como por exemplo: F010203P ou J010203G.

Durante a coleta de dados, foi assegurado privacidade ao participante, optando-se por um local reservado, tendo em vista que todo o processo teve duração média entre 20 a 45 minutos.

### **2.1.8 Questionário aplicado por entrevista face a face**

Trata-se de um questionário com perguntas de múltipla escolha, semi estruturadas e abertas, que foi aplicado em forma de entrevista.

O instrumento para a População em Situação de Rua é composto por 11 blocos de perguntas (A-K). O primeiro bloco A (dados de identificação), aborda as informações pessoais do participante. O bloco B (características sócio-demográficas) contém perguntas relacionadas às condições socioeconômicas, questões de gênero, religiosidade, nível de escolaridade, renda e situação de trabalho. O bloco C (apoio social) explora o convívio familiar do participante, enquanto o bloco D (rua e acolhimento institucional) trata diretamente de aspectos relacionados à vivência em situação de rua.

No bloco E (cotidiano na rua), são feitas perguntas sobre o dia a dia da população em situação de rua. O bloco F (segurança alimentar e nutricional) investiga os hábitos alimentares, incluindo como os alimentos são obtidos. O bloco G (dificuldades no acesso e violência) aborda os impedimentos e obstáculos que essa população enfrenta para acessar serviços públicos ou privados.

O bloco H (morbidade) trata de questões de saúde, uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas, e situação de saúde em geral. O bloco I (sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis) investiga o comportamento sexual do participante. No bloco J (saúde da mulher e do homem trans), as perguntas são relacionadas a exames preventivos, saúde reprodutiva e planejamento familiar. Por fim, o bloco K (itinerário na rede de saúde) busca identificar como a população em situação de rua utiliza e acessa os serviços de saúde. Além desses blocos, o questionário inclui três questões discursivas relacionadas ao seu itinerário terapêutico e sua concepção sobre saúde e doença, cujas respostas foram gravadas em áudio.

O instrumento usado com os profissionais de saúde é composto por dois blocos de perguntas (A-B). O bloco A (identificação) é composto por informações pessoais do participante. Já o bloco B (implantação e sustentabilidade das políticas públicas voltadas para à PSR) engloba perguntas acerca das políticas públicas de saúde voltadas diretamente à PSR. O bloco B ainda é composto por três perguntas discursivas, relacionadas à assistência à saúde para PSR, as quais foram gravadas em áudio.

O instrumento de coleta dos gestores tem a mesma estrutura do instrumento dos profissionais, entretanto as perguntas do bloco B são mais direcionadas a gestão. Este instrumento é composto por oito questões discursivas, que versam sobre a gestão em saúde para a PSR, também gravadas em áudio.

A plataforma utilizada para organizar os instrumentos é o Limesurvey, que foi de uso restrito e exclusivo dos pesquisadores, e as gravações foram armazenadas em arquivo digital de acesso restrito.

Os dados foram observados, analisados e interpretados, sem interferência dos

pesquisadores.

### **3 RESULTADOS**

Neste artigo é apresentado o desenho metodológico e as características gerais da amostra, no entanto são inúmeras as possibilidades de abordagens e desenhos analíticos que podem ser estruturados a partir da base de dados deste estudo.

#### **3.1 Características gerais da amostra**

Foram entrevistadas 346 pessoas em situação de rua nos dois municípios. A amostra é majoritariamente composta por homens (85,5%). Quanto à orientação sexual, 2,9% se declararam bissexuais e 1,7% homossexuais. No que se refere à raça, 41,9% se autodeclararam pardas, enquanto 38,2% se identificaram como brancas. A distribuição etária considerou apenas indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, estratificados em intervalos de dez anos, com maior representatividade entre 40 a 49 anos (30,3%).

Em relação ao nível de escolaridade, a maior parcela possui ensino fundamental incompleto (45,7%). Ademais, 2,3% se declararam analfabetos e 2% se identificaram como analfabetos funcionais. No âmbito ocupacional, 72,3% estavam desempregados no momento da pesquisa. Adicionalmente, 40,8% referiram não receber nenhum tipo de auxílio governamental, enquanto 35,3% relataram ser beneficiários do Programa Bolsa Família (Tabela 1).

Quanto aos vínculos familiares, 43,1% dos indivíduos informaram não manter contato com familiares. Sobre o tempo em situação de rua, 32,8% das pessoas indicaram estar nessa condição entre 1 a 5 anos e 35,2% há até 6 meses.

Entre os principais motivos para estarem em situação de rua, destacaram-se conflitos familiares (31,8%), perda de trabalho (24,9%) e uso prejudicial de álcool e outras drogas (22%). Além disso, 33,5% relataram estar em situação de rua por mais de um motivo. O uso de substâncias psicoativas também foi avaliado, 59,5% afirmaram consumir cigarro, 56,4% relataram uso de bebida alcoólica e 56,9% o uso de mais de uma dessas substâncias (Tabela 2).

Em relação aos profissionais envolvidos no atendimento dessa população, a média de idade foi de 41 anos, sendo que 65%, ocupa o cargo entre seis meses a 5 anos. Quanto aos

gestores dos 19 participantes, 14 são enfermeiros, enquanto os demais são um nutricionista, um bacharel em direito, uma agente comunitária de saúde, uma dentista e um profissional de educação física. Entre esses gestores, sete estão a menos de um ano na função (Tabela 3).

## 4 DISCUSSÃO

Este estudo gerou um banco de dados referente a PSR e aos profissionais e gestores que prestam serviço e atendimento a esta população. Tem como potencialidade a aproximação com uma população vulnerável e invisibilizada, em que o acesso às informações é complexo<sup>11</sup>.

O conjunto de dados coletados permite fazer inferências sobre essa população, pois variam desde características sócio-demográficas, segurança alimentar e nutricional, violência, questões sobre saúde e itinerário na rede de saúde. Já o banco de dados dos profissionais de saúde e gestores, colabora para a análise da assistência à PSR, mas também a eficácia das políticas de saúde e sua aplicabilidade nos serviços de saúde.

Um estudo de delineamento transversal possibilita a realização de testes estatísticos de correlação, assim como para determinar associações e inferências causais<sup>12</sup>. Entretanto, o presente estudo apresenta como limitações a impossibilidade de realizar testes estatísticos de correlação.

Em relação às características gerais da amostra, os resultados indicaram que a PSR é predominantemente masculina, o que converge com o perfil nacional descrito pelo censo do IBGE realizado em 2022. Na amostra estudada, 85,5% dos entrevistados se identificaram como do sexo masculino, enquanto o censo de 2022 apontou uma proporção de 87,49% para esse mesmo grupo<sup>7</sup>.

O presente estudo mostrou pessoas não heterossexuais em situação de rua. Estudos anteriores<sup>13</sup>, mostram que a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis) em situação de rua enfrenta desafios adicionais devido à orientação sexual e identidade de gênero.

Esse contexto de vulnerabilidade está frequentemente associado a uma condição imposta de viver nas ruas, devido a conflitos familiares intensificados por conservadorismo e crenças religiosas, que não aceitam orientações fora da heteronormatividade<sup>13</sup>. Tais conflitos familiares, juntamente com a desvinculação forçada e dificuldades financeiras, são mencionados como motivos recorrentes para a saída dessa população de suas residências<sup>14</sup>. O

que se configura como um problema social, pois esses indivíduos enfrentam maior exposição à discriminação e violência, o que limita seu acesso a serviços essenciais, incluindo os de saúde e os torna ainda mais vulneráveis em comparação a PSR heterossexuais<sup>14</sup>.

No que concerne à questão de raça e cor, dados do IBGE<sup>15</sup> evidenciam que a população preta e parda se encontra em maior situação de vulnerabilidade à pobreza extrema. Essa realidade é corroborada por Queiroz et al.<sup>11</sup>, que apontam que a PSR compõe majoritariamente um grupo que vive em condições de extrema pobreza, pois homens e mulheres pretos e pardos, historicamente, enfrentam barreiras sociais em proporções significativamente superiores quando comparados aos indivíduos brancos<sup>16</sup>.

De acordo com o Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua (OBPopRua), registros no Cadastro Único (CadÚnico) revelam que mais da metade das pessoas em situação de rua pertencem a etnias negras<sup>17</sup>. Essa informação é respaldada pelos resultados da pesquisa, na qual a maioria dos entrevistados se autodeclarou preta ou parda. Entretanto, o estudo também destacou um número expressivo de pessoas brancas em situação de rua. Segundo o Censo Demográfico de 2022 do IBGE, indivíduos autodeclarados brancos representam mais de 70% da população dos municípios analisados, o que pode contribuir para compreender a elevada representatividade desse grupo na pesquisa.

Quanto ao grau de escolaridade, 45,7% dos entrevistados possuem ensino fundamental incompleto. Esse fator é uma das variáveis que dificultam o acesso a direitos básicos e tornam ainda mais complexo o processo de deixar as ruas. A baixa escolaridade contribui para a perpetuação de situações de exclusão social, reforçando o ciclo de marginalização que afeta essa população, especialmente porque pessoas em situação de rua representam um grupo vulnerável. Assim, a baixa escolarização está diretamente associada a condições que agravam essa condição social<sup>18</sup>.

A alfabetização limitada e o baixo letramento funcional impactam diretamente no ambiente social dessas pessoas, restringindo seu desenvolvimento pessoal, social e cultural. Indivíduos com essas limitações apresentam menores habilidades para processar informações e menor receptividade à educação, especialmente em relação à saúde<sup>19</sup>.

A PSR enfrenta ainda diversas barreiras e estigmas e é alvo de discriminação diária<sup>20</sup>. O acesso ao mercado de trabalho é dificultado por esses fatores, além da falta de documentos de identificação e do uso abusivo de substâncias psicoativas<sup>11</sup>. Cerca de 72% da PSR entrevistada relatou não ter emprego com carteira assinada e a perda de vínculo empregatício foi o segundo motivo mais citado para a situação de rua, gerando um ciclo de vulnerabilidade difícil de romper.

O estudo revelou que o principal fator associado à situação de rua entre os participantes são os conflitos familiares, seguidos pela perda de emprego e pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esse cenário sugere que muitos indivíduos acabam nas ruas com o objetivo de proteger suas famílias dos impactos negativos de suas dependências químicas, que surgem de relações familiares fragilizadas<sup>21</sup>. Além disso, a experiência de viver nas ruas, intensifica sentimentos de fracasso, levando à construção de uma identidade marcada pela sensação de "inutilidade". Esse processo agrava a saúde física e mental, uma vez que podem se perceber como socialmente invisíveis<sup>21</sup>. Adicionalmente, destaca-se que o Brasil carece de uma Política de Saúde específica para atender às necessidades da população em situação de rua, o que agrava ainda mais essa vulnerabilidade<sup>22</sup>.

Ainda sobre as substâncias psicoativas, esta pesquisa mostra que 15,9% dos entrevistados não utilizam nenhuma dessas substâncias, enquanto os demais relataram o uso de pelo menos uma. De acordo com a literatura<sup>23</sup>, jovens em situação de rua começam a consumir álcool em idade mais precoce do que aqueles de outros grupos sociais, sugerindo que o uso de substâncias psicoativas funciona como uma forma de resistência às condições sociais desfavoráveis e uma estratégia para enfrentar e atenuar o sofrimento físico e psicológico. Dessa forma, muitos utilizam drogas lícitas e/ou ilícitas com o objetivo de amenizar as dificuldades enfrentadas diariamente.

Segundo o estudo recente<sup>24</sup>, o motivo pelo qual uma pessoa se encontra em situação de rua influencia diretamente o tempo de permanência nessa condição. Além disso, a permanência em situação de rua por um período mais curto está associada a maiores possibilidades de reinserção social, uma vez que o indivíduo ainda conserva laços sociais passíveis de serem trabalhados. Esses vínculos, quando fortalecidos, favorecem a reintegração à sociedade<sup>25</sup>. Conflitos familiares e o uso abusivo de substâncias psicoativas são fatores que prolongam a permanência na rua, ao passo que a perda do vínculo empregatício sugere uma trajetória mais breve nessa situação<sup>24</sup>.

Quanto à renda, alguns dos participantes mencionaram, que sua principal fonte era o auxílio emergencial, concedido à população vulnerável durante a Pandemia da Covid-19. Conforme informado pelo Ministério da Saúde<sup>26</sup>, para que a pessoa em situação de vulnerabilidade tenha direito ao benefício do Bolsa Família, é imprescindível que possua o Cadastro Único, que pode ser feito no Centro POP, CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) ou CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), mediante a apresentação do CPF ou título de eleitor. No entanto, entende-se que, embora a obtenção desses documentos seja um direito do cidadão, o processo pode se revelar mais

complexo para a PSR. Essa população enfrenta maiores dificuldades no acesso a auxílios governamentais, como evidenciado por este estudo, que apontou que 40,8% dos entrevistados não recebem nenhum tipo de benefício.

Quanto aos profissionais participantes do estudo, destaca-se o papel do enfermeiro, pois ele tem a oportunidade de abordar aspectos significativos da vida dessas pessoas, compreendendo as dificuldades enfrentadas no contexto da vida nas ruas, identificando fatores de risco e prevenindo potenciais agravos à saúde. Esse profissional também atua na construção de um vínculo que pode influenciar positivamente a adesão ao acompanhamento contínuo, incentivando a PSR a retornar aos serviços de saúde para dar continuidade ao cuidado<sup>20</sup>.

O número expressivo dos gestores participantes deste estudo possui menos de um ano no cargo. Esse dado pode indicar uma rotatividade significativa ou que muitos estão em início de carreira gerencial<sup>27</sup>, em sua revisão de literatura, apontam que parte dos gestores da área da saúde é nomeada por decisões políticas, muitas vezes sem a devida capacitação para exercer o cargo. Esse cenário, aliado ao curto período de permanência no cargo observado nesta pesquisa, sugere que esta alternância dificulta a implementação de processos consistentes de formação continuada, além de gerar descontinuidade de programas de saúde e interrupção no processo de trabalho. A ausência de estabilidade nos postos de gestão compromete a aquisição e o aprimoramento de competências essenciais ao desempenho eficaz dessas funções. O desenvolvimento e a competência no campo da gestão são fundamentais para capacitar os gestores a lidar com a diversidade de situações enfrentadas no setor<sup>28</sup>.

O estudo permitiu observar aspectos sobre a condição de vida e saúde da PSR. A análise também evidencia a importância da qualificação contínua dos profissionais e da permanência dos gestores nas funções de liderança para garantir um atendimento de qualidade e integral. Os dados epidemiológicos coletados possibilitam novas investigações e iniciativas focadas na melhoria do acesso e da assistência prestada à PSR.

## **5 CONCLUSÃO**

O estudo, ao demonstrar o itinerário de pesquisa, possibilita análises e discussões em diferentes contextos e localidades, considerando suas condições de vida e o acesso aos serviços de saúde. A pesquisa também oferece suporte para novos estudos, especialmente por superar as dificuldades de alcance dessa população, apresentando um número expressivo de

participantes que serve como modelo para investigações epidemiológicas, promovendo uma compreensão mais ampla dessa realidade.

Adicionalmente, foi observado que o curto tempo de atuação dos gestores em seus cargos impactou no conhecimento sobre a PSR e as legislações que os amparam, evidenciando lacunas na formação e na experiência desses líderes em suas unidades de saúde.

O estudo ressalta que a situação de rua é um problema social ligado a fatores econômicos e históricos, e destaca a importância do fortalecimento de políticas públicas que permitam a reintegração social dessa população.

## REFERÊNCIAS

1. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil: setembro de 2012 a março de 2020 [Internet]. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2020 [cited 2024 Nov 14]. Available from: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200612\\_nt\\_disoc\\_n\\_73.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf).
2. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022) [Internet]. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2022 [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao-item?id=faa83eb1-f7fb-44d9-ba91-341a7672611d>.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil: estimativa divulgada pelo Ipea aponta crescimento de 38% desse segmento durante a pandemia de covid-19 [Internet]. Brasília (DF): IPEA; 2022 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de,2022%2C%20quando%20atingiu%20281.472%20pessoas>.
4. Cortizo RM. População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam? [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Cidadania; 2019 [cited 2023 Aug 22]. Available from: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Monitoramento\\_SAGI\\_Populacao\\_situacao\\_rua.pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Monitoramento_SAGI_Populacao_situacao_rua.pdf).
5. Prefeitura Municipal de Joinville. Diagnóstico da população em situação de rua de Joinville/SC [Internet]. Joinville (SC): Secretaria de Assistência Social; 2023 [cited 2024 Oct 21]. Available from: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2024/07/Diagnostico-da-Populacao-em-Situacao-de-Rua-de-Joinville-2023.pdf>.
6. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Diário Oficial da União. 2009 Dec 24. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm).
7. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do governo federal [Internet]. Brasília (DF): MDHC; 2023 [cited 2024 Oct 10]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relatorio-201cpopulacao-em-situacao-de-rua-diagnostico-com-base-nos-dados-e-informacoes-disponiveis-em-registros-administrativos-e-sistemas-do-governo-federal201d>.

8. Alves ALSC, Couto BLL, Lopes LO, Mendonça MLN, Mello MS, Almeida ML, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento à população em situação de rua no município de Araguari (MG). *Saude Redes*. 2022;8(2):25-41. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1400634>.
9. Alecrim TFA, Palha PF, Ballesterio JGA, Protti-Zanatta ST. Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira. Alecrim TFA, Palha PF, Ballesterio JGA, Protti-Zanatta ST. Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210400. [Cited 2024 Set 25]. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nmprKppONfbPkt8hRXt6pJn/?format=pdf&lang=pt>.
10. Fundação Oswaldo Cruz. Pandemia de Covid-19 muda perfil da população em situação de rua [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2021 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-de-covid-19-muda-perfil-de-populacao-em-situacao-de-rua>.
11. Queiroz DC, Veras RM, Menezes AEGS. Ações de assistência à saúde ofertadas à população em situação de rua: estado da arte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(8):e05482024. [cited: 2024 nov 11]. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mW7cPwHOcKyrMVjpfH39JWH/>.
12. Bastos JL, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Med*. 2013;23(4):229-32. [cited 2024 nov 15]. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/article/view/2806/2634>.
13. Campos DA, Cardoso HM, Moretti-Pires RO. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. *Saude Debate*. 2019;43(8):79-90 [cited 2024 Nov 02]. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pYxXfnpVkhLBSRM6hMVSLR/#>.
14. Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol Soc* [Internet]. 2004;16(2):47-58 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/r6rMZrKqN9VR8jxhKGVSDDq>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pessoas pretas e pardas continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2021 [cited 2024 Nov 01]. Available from: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento#:~:text=Em%202021%2C%20as%20taxas%20de,hoje%20\(11\)%20pelo%20IBGE](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento#:~:text=Em%202021%2C%20as%20taxas%20de,hoje%20(11)%20pelo%20IBGE).
16. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, Conceição CDVS, Oliveira RS, Silva NRF, et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020;25(2):4211-24 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTbVm/>.
17. Universidade Federal de Minas Gerais. Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua [Internet]. Belo Horizonte (MG): UFMG; [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://obpoprua.direito.ufmg.br/index.html#dados>.
18. Rosso AM, Silva BE, Oliveira VK, Santos FR. As condições de escolarização e vulnerabilidade social: um estudo sobre crianças em situação de rua. *Rev Bras Estud Pedagog* [Internet]. 2020;101(257):669-94 [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbeped/a/PnfCDRqOBmrtSG9CvZjNNXn/?lang=pt&format=pdf>.
19. Lima RIM, Parente MA, Ferreira TISP, Coelho AAS, Loureiro EVS, Barbosa TM, et al. Letramento funcional em saúde de usuários da atenção primária de Altamira, Pará. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2022;17(44):2763 [cited 2024 Sep 18]. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2763>.
20. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saude Soc* [Internet]. 2019;28(1):222-234 [cited 2024 Nov 01]. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/OsmP76RhC9zO9fPcWytD9Ln/?lang=pt>.

21. Mattos CMZ, Grossi PK, Schwanke CHA, Brito KMDS, Girardi F. Violência estrutural no modo e nas condições de vida de pessoas idosas em situação de rua. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2018;21(4):233-57 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/45108/30440>.
22. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Plano Nacional Ruas Visíveis (PNRV): plano de ação e monitoramento para efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua [Internet]. Brasília (DF): Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; 2024 [cited 2024 Dec 10]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/plano-nacional-ruas-visiveis>.
23. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2018;38(4):[paginação ou e-location] [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/JB8Kf7Bb8xLgZLP5Qxwrwmr/?lang=pt>.
24. Queiroz C. Morar na rua. *Rev Pesqui FAPESP* [Internet]. 2024;(339):13-19 [cited 2024 Nov 16]. Available from: [https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2024/05/Pesquisa\\_339NOVO.pdf](https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2024/05/Pesquisa_339NOVO.pdf).
25. Almeida SGC, Morais NA. Expectativas relacionadas à reinserção familiar: um estudo com adolescentes com histórico de situação de rua, familiares e educadores. *Est Pesqui Psicol* [Internet]. 2016;16(2):508-28 [cited 2024 Nov 18]. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812016000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000200012&lng=pt&nrm=iso).
26. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. População em situação de rua no Cadastro Único [Internet]. Brasília (DF): MDS; [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/servicos-e-programas/populacao-em-situacao-de-rua-no-cadastro-unico>.
27. Cancian M, Cavalcante WT, Pinho ST. Desafios na gestão pública no processo de gestão em saúde: uma revisão de literatura. *Braz J Implantol Health Sci*. 2023;5(4):2697-715 [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/599/707>.
28. Rebello PD, Duarte SCM, Araújo JL, Baixinho CL, Costa A, Silva MM. Análise qualitativa sobre a atuação e as experiências dos enfermeiros na gestão hospitalar frente à COVID-19. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(8):0-0. [Acesso em: 14 nov. 2024]. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sPVN7rMRhpG4SRLGKtNSYnn/?format=pdf&lang=pt>.

# **Resiliência na viuvez: estratégias de enfrentamento e a rede de apoio ao idoso no luto conjugal**

*Resilience in widowhood: coping strategies and the support network for the elderly in marital bereavement*

*Resiliencia en la viudedad: estrategias de afrontamiento y red de apoyo a las personas mayores en duelo conyugal*

**Kelly Cristina de Prado Pilger**

**Kátia Lilian Sedrez Celich**

**Angélica Zanettini Konrad**

**Valéria Silvana Faganello Madureira**

**Samantha Karoline Mafra**

**Richard Augusto Thomann Beckert**

**Thamirys Fernanda Santos Candido**

## **RESUMO**

O Brasil vem passando por uma transição demográfica, resultando em uma população idosa crescente. Essa mudança impacta diretamente na saúde dos idosos, considerando a idade como um período marcado por diversas alterações, que podem envolver perdas significativas, como o falecimento do cônjuge. Diante disso, este estudo teve como objetivo compreender o processo de elaboração do luto conjugal por idosos viúvos, considerando as estratégias de enfrentamento utilizadas e a influência da rede de apoio nesse processo. A pesquisa, de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, fundamenta-se nos pressupostos teóricos da Promoção da Saúde e contou com a participação de 16 idosos viúvos, selecionados pelo método "bola de neve". A coleta de dados ocorreu presencial e virtualmente. A análise foi realizada pela análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram a diversidade de estratégias utilizadas para enfrentar o luto, destacando a singularidade de cada indivíduo. Já sobre a rede de apoio, notou-se que transcende a família, incluindo amigos e colegas de trabalho, que desempenham um papel vital no suporte emocional, sendo percebidos prejuízos quando ausente. A presença de profissionais de saúde é fundamental, pois abrange a dimensão psicossocial do envelhecimento e contribui para a saúde integral dos idosos.

**Palavras-chave:** Idoso. Apoio Social. Envelhecimento. Promoção da Saúde. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Brazil is undergoing a demographic transition, resulting in a growing elderly population. This change directly impacts the health of the elderly, considering age as a period marked by various changes, which can involve significant losses, such as the death of a spouse.

Therefore, this study aimed to understand the process of coping with marital grief among widowed elderly individuals, considering the coping strategies used and the influence of the support network in this process. The exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, is based on the theoretical assumptions of Health Promotion and involved 16 widowed elderly individuals, selected using the "snowball" sampling method. Data collection occurred both in person and virtually. The analysis was performed using Bardin's content analysis. The results highlighted the diversity of strategies used to cope with grief, emphasizing the uniqueness of each individual. Regarding the support network, it was noted that it transcends the family, including friends and work colleagues, who play a vital role in emotional support, with perceived harm when absent. The presence of healthcare professionals is fundamental, as it encompasses the psychosocial dimension of aging and contributes to the overall health of older adults.

**Keywords:** Elderly. Social Support. Aging. Health Promotion. Nursing.

## RESUMEN

Brasil está experimentando una transición demográfica, lo que resulta en una creciente población de adultos mayores. Este cambio impacta directamente la salud de las personas mayores, considerando la vejez como un período marcado por diversos cambios, que pueden implicar pérdidas significativas, como el fallecimiento del cónyuge. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo comprender el proceso de afrontamiento del duelo marital entre adultos mayores viudos, considerando las estrategias de afrontamiento utilizadas y la influencia de la red de apoyo en este proceso. La investigación exploratoria y descriptiva, con un enfoque cualitativo, se basa en los supuestos teóricos de la Promoción de la Salud e involucró a 16 adultos mayores viudos, seleccionados mediante el método de muestreo "bola de nieve". La recolección de datos se realizó tanto presencialmente como virtualmente. El análisis se realizó utilizando el análisis de contenido de Bardin. Los resultados resaltaron la diversidad de estrategias utilizadas para afrontar el duelo, enfatizando la singularidad de cada individuo. Con respecto a la red de apoyo, se observó que trasciende la familia, incluyendo amigos y compañeros de trabajo, quienes desempeñan un papel vital en el apoyo emocional, percibiendo un daño cuando están ausentes. La presencia de profesionales de la salud es fundamental, ya que abarca la dimensión psicosocial del envejecimiento y contribuye a la salud general de los adultos mayores.

**Palabras-clave:** Personas mayores. Apoyo social. Envejecimiento. Promoción de la salud. Enfermería.

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início do século XXI, mudanças demográficas e epidemiológicas transformaram o envelhecimento da população em um fenômeno global, afetando tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Esse aumento é principalmente resultado da combinação da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade com o aumento da

expectativa de vida<sup>1</sup>. Além disso, fatores como avanços tecnológicos voltados para a prevenção, promoção e tratamento de doenças, melhorias nas condições sanitárias e maior conscientização sobre saúde contribuem significativamente para tal<sup>2</sup>. No Brasil, dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram crescimento progressivo da população idosa e, em 2023, aproximadamente 15,6% da população brasileira possuía 60 anos ou mais<sup>3,4</sup>.

Nesse contexto, pesquisas recentes têm evidenciado que o envelhecimento populacional amplia discussões relacionadas às repercussões emocionais, sociais e psicológicas decorrentes de perdas significativas na velhice, especialmente diante da viuvez e do luto conjugal<sup>9,10</sup>. Estudos também apontam que experiências de perda podem associar-se ao isolamento social, à solidão e ao sofrimento emocional entre idosos, enquanto fatores como espiritualidade, apoio familiar e redes de apoio social podem contribuir positivamente para a elaboração do luto<sup>14,30</sup>.

Em consideração ao crescimento constante da população idosa, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) estabeleceu o período de 2020-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, um plano de ação de dez anos destinado a promover um envelhecimento saudável por meio de estratégias que abordam diversos aspectos da saúde na velhice. De acordo com a OPAS, o envelhecimento saudável refere-se à capacidade de manter habilidades e funcionalidades que permitem aos idosos garantir sua autonomia e o controle de seu bem-estar. Isso é influenciado por vários fatores, como relações sociais, presença ou ausência de doenças, gênero, acesso à assistência médica, cultura e trabalho, dentre outros<sup>4</sup>.

Nesse contexto, a velhice é muito mais do que uma idade cronológica, mas um fenômeno complexo que abrange aspectos biológicos, culturais, sociais, psicológicos e familiares. Isso significa que fatores externos têm um impacto direto na qualidade de vida dos idosos<sup>5</sup>. Essa perspectiva integrada da saúde dos idosos está alinhada com o conceito ampliado de saúde discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que considera a saúde como o resultado das condições de vida, como alimentação, lazer, moradia, educação, renda e outros<sup>6</sup>. Nesse cenário, políticas como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) têm o objetivo de melhorar as condições de vida, promover a equidade e abordar os determinantes e condicionantes da saúde, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde<sup>7</sup>.

No entanto, apesar de o envelhecimento populacional ter aspectos positivos em decorrência de muitos avanços, há mudanças psicológicas, biológicas e sociais que exigem cuidados específicos<sup>8</sup>. Muitos desses aspectos podem ser considerados perdas associadas ao

próprio envelhecimento, o que é relevante para a saúde, pois as pessoas que as vivenciam podem viver um processo de luto que afeta sua saúde<sup>9</sup>.

Assim, é estatisticamente provável que a maioria dos idosos vivenciem o luto em algum momento da velhice, mas, quando o idoso é casado, essas perdas são enfrentadas e superadas em conjunto, com apoio mútuo<sup>10</sup>. No entanto, quando o cônjuge falece, o viúvo se sente sozinho, frágil e perdido, pois perdeu seu companheiro de vida com quem compartilhou atividades e decisões por muitos anos. Isso pode levar a sentimentos de incapacidade e gerar instabilidade emocional<sup>11</sup>.

O estado civil 'viúvo' acarreta várias mudanças, desde a maneira como a pessoa se relaciona com os outros até como se identifica na sociedade, uma vez que muitas atividades eram compartilhadas quando casado<sup>11</sup>. A adaptação à morte do cônjuge é desafiadora, envolvendo questões emocionais como apego amoroso, vínculo afetivo e dependência emocional, bem como incertezas sobre a vida após a morte<sup>12</sup>. A morte do cônjuge está diretamente relacionada à deterioração da saúde, podendo levar ao adoecimento e até mesmo à morte do idoso que vivencia o luto conjugal<sup>13</sup>.

Então, é fundamental compreender como os idosos enfrentam o luto conjugal, a fim de que profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, possam promover o bem-estar desse público, considerando seu papel fundamental no atendimento a idosos na Atenção Primária à Saúde (APS) uma vez que, nesse ambiente, é possível a criação de vínculo e proximidade com os usuários por meio de grupos de educação e saúde, busca ativa e visitas domiciliares<sup>14,15</sup>. Além disso, uma aliada dessas ações é a promoção da saúde, estratégia promissora para lidar com problemas relacionados à qualidade de vida que podem emergir após a perda do cônjuge<sup>16</sup>.

Diante do aumento da população idosa e da maior probabilidade de vivenciarem o luto conjugal, é importante investigar as estratégias de elaboração do luto utilizadas por idosos que perderam seus cônjuges na velhice e o papel da rede de apoio nesse processo. A perda de alguém querido é um momento de intensa vulnerabilidade e quando se trata da perda do cônjuge, a atenção de familiares e profissionais de saúde se torna crucial<sup>14</sup>. Portanto, este estudo teve como objetivo compreender o processo de elaboração do luto conjugal por idosos viúvos, analisando as estratégias de enfrentamento por eles utilizadas e a influência da rede de apoio nesse processo.

## **2 MÉTODO**

O estudo adota uma abordagem exploratória e descritiva com enfoque qualitativo, embasado nos princípios teóricos da promoção da saúde. A pesquisa foi conduzida com 16 idosos, incluindo homens e mulheres que residem na região Sul do Brasil, abrangendo os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, sendo que foram convidados inicialmente 38 viúvos.

A seleção dos participantes foi realizada por meio do método "bola de neve" (*snowball sampling*), no qual os próprios participantes da pesquisa indicaram o próximo entrevistado a partir de suas redes de contatos<sup>17</sup>. Inicialmente, um idoso identificado por meio da rede social de um membro da equipe de pesquisa foi convidado por telefone para participar do estudo. Em seguida, esse participante indicou outro idoso como potencial participante, e assim sucessivamente até que se atingisse a saturação dos dados. Contudo, quando um participante indicado não aceitava participar, retornava-se ao participante anterior para que indicasse outro viúvo. A saturação teórica foi considerada alcançada quando as entrevistas passaram a apresentar repetição dos conteúdos e ausência de novas unidades de significado relevantes para os objetivos do estudo, especialmente em relação às estratégias de enfrentamento e à rede de apoio vivenciadas pelos idosos enlutados, momento em que se optou pelo encerramento da coleta de dados.

Os critérios de inclusão para os participantes foram: ter mais de 60 anos de idade, ter vivenciado o luto pela perda de seu cônjuge na velhice e ter acesso a dispositivos eletrônicos (como celular ou computador) e à internet. Como critérios de exclusão foram considerados idosos que não residem na região Sul do Brasil, assim como aqueles com diagnóstico de doenças neurodegenerativas e/ou psiquiátricas que impossibilitavam sua participação na pesquisa.

No primeiro contato com os participantes, a pesquisa foi apresentada e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) discutido, para então ser assinado. Após a conclusão de todos os procedimentos necessários para a adequada coleta de dados, agendou-se data e horário para conduzir as entrevistas com cada participante.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e outubro de 2023 por meio de entrevistas individuais guiadas por um roteiro de questões que exploravam as repercussões da perda do cônjuge, os sentimentos desencadeados, os momentos que intensificaram essas emoções e os impactos da perda no viver. As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores com experiência nesse tipo de abordagem, com 12 delas sendo conduzidas presencialmente e quatro *online*. Todas foram gravadas com a devida autorização dos participantes e tiveram duração média de 45 minutos. Para validar os dados, ao término de cada resposta, o

entrevistador resumia o que havia entendido e perguntava ao participante se representava corretamente o que ele desejava expressar.

A análise dos dados seguiu a abordagem de análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>18</sup>, que envolveu as seguintes etapas: 1) Pré-análise, que compreendeu a leitura e sistematização dos dados; 2) Exploração do material, com três escolhas: a) definição das unidades de análise; b) estabelecimento das regras de contagem; c) classificação e agregação em categorias<sup>18</sup>.

Durante todo o processo de pesquisa foi mantido o anonimato dos participantes, sendo-lhes atribuídos números alfanuméricos de acordo com a ordem das entrevistas para identificação. Além disso, informações imprescindíveis como sexo, idade dos participantes e o tempo decorrido desde a perda de seus cônjuges foram incluídas em um quadro para caracterização dos participantes.

Este estudo faz parte de um projeto maior denominado "Ganhos e perdas na vivência da velhice: perspectivas de idosos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde". A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em 21 de dezembro de 2022, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 65536422.8.0000.5564 e obedeceu às normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que trata dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.

### 3 RESULTADOS

Participaram do estudo 16 viúvos, sendo dez do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idades entre 64 e 85 anos. Destes, cinco residiam em municípios do Rio Grande do Sul, oito em Santa Catarina e três no estado do Paraná. Em relação à religião, 12 eram católicos, três evangélicos e um, Testemunha de Jeová. Entre os participantes, o tempo médio de duração do matrimônio foi de 45 anos (Tabela 1).

**Tabela 1– Caracterização dos participantes.**

Participante (p)	Sexo*	Idade (anos)	Tempo da viuvez (anos)	Quantidade de filhos
1	F	70	5	4
2	F	71	6	3 (1 falecido)
3	M	84	20	6
4	M	75	14	3
5	M	67	3	0
6	F	65	2	3
7	F	81	5	5 (1 falecido)
8	F	83	12	6
9	M	76	8	5

10	F	67	4	2
11	F	63	2	3 (1 falecido)
12	F	64	7 meses	1
13	F	79	1	4 (3 falecidos)
14	M	75	9	1
15	F	69	2	3
16	M	65	4	2

**Fonte:** Dados da pesquisa (2023)  
 Nota: \*F = Feminino; M = Masculino.

A partir da análise de conteúdo de Bardin<sup>18</sup>, os dados foram organizados em duas categorias, sendo elas (Tabela 2):

**Tabela 2 – Categorias, subcategorias e unidades de registro da análise de conteúdo.**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registro</b>
1. Estratégias utilizadas pelos idosos para enfrentar o luto conjugal	Conforto Espiritual	13
	Dedicação ao Trabalho	8
	Lazer/Autocuidado	7
	Novo Relacionamento	5
	Mudanças	5
	Tempo	5
	Ajuda Profissional	4
2. Rede de apoio na elaboração do luto conjugal na velhice	Família	14
	Amigos	10
	Vizinhos/Comunidade	6
	Colegas de Trabalho	5
	Não recebeu	2

**Fonte:** Dados da pesquisa (2023)

Na primeira categoria, os viúvos abordam as estratégias de enfrentamento que os ajudaram a superar momentos difíceis em relação à perda do cônjuge. Dentre elas, a busca pelo apoio espiritual, aliada à fé e à esperança do reencontro:

"Eu me apeguei à religião, eu não tinha mais nada. Meus filhos estavam criados e tinham que viver a vida deles." (P: 1)

"Com o passar do tempo comecei a estudar sobre espiritualidade e aí os sentimentos negativos foram se transformando em outros sentimentos [...] Eu compreendi que ele tinha partido, mas que não era o fim, que foi só uma passagem, por que ele cumpriu o que tinha que fazer aqui" (P: 11)

"A gente sempre tem a esperança de que um dia vai encontrar essa pessoa, assim como os pais que partiram, os avós". (P: 4)

Outra forma que alguns idosos encontraram, mesmo de forma inconsciente à época, foi a dedicação ao trabalho, pois, a jornada de trabalho amenizava os pensamentos relacionados à perda. Para alguns, o trabalho foi necessário, pois dependiam dele para sobreviver; para outros foi a oportunidade de dar sequência aos sonhos do casal:

"O trabalho me ajudou! Eu tinha amigas lá, o que fazia com que eu me esquecesse da realidade que estava enfrentando [...] Ir para o trabalho me dava a sensação de alívio. Ficar em casa, na nossa casa, era angustiante. Lá tinha muitas memórias." (P: 15)

“Eu não era aposentado, trabalhava por dia para viver [...] acredito que isso me ajudou muito, porque eu me distraía com a demanda e não pensava nela.” (P: 5)

“Acho que o trabalho me ajudou [...] Foi a forma de conseguir alcançar os objetivos que tínhamos juntos e que infelizmente não conseguimos realizar.” (P: 6)

Os viúvos também relataram que a realização de tarefas domésticas auxiliou na diminuição dos pensamentos em relação à perda. Também mencionaram que atividades ao ar livre e de lazer traziam sensações de conforto e bem-estar. Outras, fizeram coisas que lhes agradava, tal como o autocuidado, que não tinham durante o tratamento do marido:

“Lembro que, quando ele morreu, limpei a casa inteira. Ficar entretida com a limpeza me fazia bem [...] Penso que era uma forma de evitar pensar nele [...] Depois, o que acho que me ajudou foi ler livros, assistir filmes e caminhar. Eu até viajei um dia [...] me sentia renovada.” (P: 11)

“Comecei a fazer coisas que eu gostava [...] Como ele estava doente, me dediquei exclusivamente a ele e esqueci de mim [...] Não me arrependo e faria tudo de novo [...]. Então, eu pintava as unhas, os cabelos, fazia uma comida gostosa [...] Nem sempre foi fácil. Às vezes doía muito não ter ele comigo.” (P: 8)

Outra forma de enfrentar foi se permitir vivenciar outro relacionamento, pois a solidão após a perda da esposa dificultava o processo do luto. Ainda mencionaram que a nova companheira não substituiu ou anulou a história do matrimônio anterior, mas facilitou a aceitação da perda:

“O que me ajudou mesmo foi arrumar uma companheira, que daí não fiquei sozinho. Eu saio, me divirto e a gente passeia bastante.” (P: 9)

“Não ficar sozinho me ajuda até hoje [...] Eu sempre amei minha esposa e jamais alguém vai substituir quem ela foi [...] Era uma mulher ótima, uma boa mãe [...], mas eu precisava de uma pessoa pra me ajudar e encontrei isso na minha nova companheira.” (P: 16)

“Ter arrumado uma nova mulher com certeza me ajudou [...] Nunca fico sozinho, nós conversamos e tomamos chimarrão [...] a gente se apoia [...] No início, as filhas não queriam aceitar, mas eu me sentia feliz com ela.” (P: 4)

Alguns idosos relataram a necessidade de mudanças, sejam elas nos padrões de vida sejam nos patrimônios adquiridos, tendo em vista que padrões de comportamento e ambientes físicos carregam lembranças, o que pode ser interpretado de forma positiva ou negativa a depender de cada um.

“Logo que ele morreu, eu me mudei de casa e de cidade [...] Me ajudou, com certeza. Dormir no mesmo quarto me machucava [...] Aqui tenho meu novo lar, conheci pessoas novas. Foi a melhor decisão que tomei.” (P: 12)

“Mudei tudo: minha alimentação, meus horários, meus móveis [...] fiz tudo que eu queria fazer.” (P: 7)

Muitos idosos mencionaram o tempo como um grande aliado para o enfrentamento, pois, a partir dele, é possível adaptar-se à nova realidade, ressignificar a perda e compreender os sentimentos. Ainda mencionaram que o tempo ameniza os sentimentos, mas não os apaga:

“O tempo sempre ajuda. A saudade não passa, mas ameniza.” (P: 2)

“Eu sentia como se um pedaço de mim tivesse sido retirado e nada nem ninguém conseguiria me ajudar [...] O tempo não curou esse sentimento, mas ajudou a cicatrizar.” (P: 3)

Outros viúvos relataram que, apesar de inúmeras outras formas de superar o luto, o que realmente os auxiliou foi a ajuda especializada de profissionais, que conseguiram conduzi-los para uma elaboração saudável e eficaz do luto:

“Eu procurei ajuda, estava no fundo do poço [...] O médico me encaminhou para a psicóloga [...] Estou lá até hoje. No início foi sofrido, mas hoje vejo que não teria conseguido sem ela.” (P: 8)

“Comecei um acompanhamento com a psicóloga [...] Foi ótimo [...] Ela conseguiu fazer com que eu mudasse o foco. Eu só via problemas com a partida dele [...] Ela me ajudou a ver que coisas boas também estavam acontecendo e eu só não estava prestando atenção” (P: 6)

“Eu me culpava muito por algumas coisas que aconteceram e, quando ele morreu, não consegui lidar com esse sentimento [...] Fui ao médico, que me deu uns remédios e me passou com psicólogo uns meses depois [...] Ajudou. Hoje eu estou bem, não tenho mais sentimentos ruins” (P: 10)

Na segunda categoria, ‘Rede de apoio na elaboração do luto conjugal na velhice’, os idosos falaram sobre a influência da rede de apoio durante a perda, seja pelo apoio ou pela falta dele. Dentre os membros da rede se destaca a família que, mesmo enfrentando o luto, se mostrou fundamental para a elaboração da perda:

"As minhas filhas me ajudaram muito. A gente era uma família muito unida. Então, uma tentava ajudar a outra para quando uma caísse, a outra tivesse forças para segurar.” (P: 11)

"A filha me ajudou, porque como eu morava só com minha esposa. Quando ela faleceu fiquei sozinho.” (P: 4)

"A família me dava apoio, conversava, me abraçava [...] Todos eles, tanto do meu lado quanto do meu marido." (P: 1)

Outras pessoas fundamentais durante esse processo foram os amigos, que se mantiveram próximos, se solidarizando, suprimindo as necessidades por meio de conversas e demonstração de afeto:

“Recebi apoio dos meus amigos. Meus filhos moravam longe, vieram para o velório e voltaram [...] Os amigos vinham aqui conversar, tomar chimarrão, me ajudaram a superar a perda dela.” (P: 14)

"Eu tive amigos que me ajudaram com conversas, com carinho. Aí comecei a não me sentir mais tão sozinha e, passo a passo, foi me ajudando a levantar devagarinho [...]" (P: 11)

“Amigos também vinham conversar comigo, me apoiaram. Isso me ajudou bastante, o ânimo mudou, o sentimento mudou e a gente sempre precisa nesses momentos tão difíceis. Aí que a gente vê a importância dessas pessoas." (P: 4)

Outros mencionaram que receberam apoio de vizinhos devido aos longos anos de

convivência e também por alguns já terem passado por situações semelhantes podendo compartilhar suas experiências:

“Lá onde a gente morava, nós conhecíamos todo mundo. Aí todo mundo veio me ajudar. A gente se dava muito bem [...] Eles conversavam comigo, alguns me ajudaram até no trabalho por que não podia parar né ” (P: 8)

“Minhas vizinhas ajudaram bastante. A maioria já era viúva e sabiam pelo que eu estava passando. Não me deixaram sozinha.” (P: 2)

Aqueles que se mantiveram trabalhando também receberam ajuda dos colegas do trabalho:

“Quem mais me ajudou foram as colegas de trabalho, minha chefe também [...] Sempre me perguntavam como eu estava e ofereciam ajuda [...] Tentavam me fazer rir [...] Saber que eu tinha com quem contar me deixava mais calma.” (P: 15)

E por fim, também houve aqueles que não receberam apoio e precisaram enfrentar sozinhos para alcançar o equilíbrio emocional e o bem-estar:

"Não recebi apoio de ninguém, só de Deus. Eu fiquei sozinho aqui. Os parentes vieram no dia do velório, enterraram e foram pra casa e eu fiquei." (P: 5)

"Da família dele, não recebi apoio. Ao contrário, teve pessoas que me culpavam.” (P: 12)

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 Estratégias Utilizadas pelos Idosos para Enfrentar o Luto Conjugal

A morte é um processo natural inerente à condição humana e à vida. No entanto, embora seja uma parte inevitável do ciclo vital, a morte do cônjuge frequentemente é um evento de grande impacto na vida do idoso, pois evidencia sua própria condição de ser finito, confrontando questões existenciais e a incerteza do que ocorre após a morte. A perda também pode desencadear um conjunto de reações, desde tristeza e dor até a busca por significados e entendimentos mais profundos sobre a vida. A complexidade da morte reside na dualidade de ser um processo natural e, ao mesmo tempo, uma experiência carregada de emoções e questionamentos que moldam a forma como os idosos enfrentam o luto<sup>19</sup>.

Além disso, a perda não envolve apenas aspectos físicos, mas também emocionais, culturais e espirituais. Assim, devido à sua intensidade, a morte envolve questões essenciais da existência humana que provocam uma variedade de respostas influenciadas pela cultura, pela religião, por crenças individuais e experiências pessoais. Entender e lidar com esses aspectos da vida é um desafio constante, tanto para os indivíduos quanto para a sociedade<sup>20</sup>. Nessa situação de singularidade, o processo de luto não é linear, tão pouco as formas de

enfrentamento, sendo elas fundamentais no processo de lidar com a perda do cônjuge e o período de adaptação à nova realidade<sup>21</sup>.

Assim como identificado por Portela *et al.*<sup>19</sup>, a busca por conforto espiritual emergiu como uma das principais estratégias de enfrentamento entre os idosos entrevistados, com suporte emocional e auxílio na ressignificação da perda. A busca espiritual após o falecimento de um ente querido é uma das principais estratégias de enfrentamento, pois muitas pessoas encontram apoio e consolo em suas crenças espirituais e religiosas durante esse período<sup>19</sup>. Ademais, a fé e a espiritualidade podem oferecer um quadro de significado que auxilia a compreender a morte como parte de um plano divino ou como uma transição para uma existência após a vida na terra. Ainda, as práticas religiosas, como rituais de luto e cerimônias fúnebres, proporcionam a oportunidade de se despedir do corpo físico, assim como proporcionam, para a comunidade, a chance de expressar solidariedade e oferecer apoio emocional à família. A busca por conforto espiritual emerge como fonte de esperança e como um caminho para a aceitação e para encontrar sentido na perda, auxiliando as pessoas a enfrentar o luto de maneira resiliente e resolutiva<sup>22</sup>.

De maneira semelhante ao observado por Morato e Ferreira<sup>23</sup>, o trabalho apareceu foi indicado pelos participantes como fonte de subsistência e também como estratégia de enfrentamento e reorganização da rotina após a perda do cônjuge. O emprego ou a continuação do vínculo empregatício durante o processo de elaboração do luto pode desempenhar um papel significativo na vida de um idoso, pois, além de o trabalho oferecer estabilidade financeira e um senso de propósito, propicia novas oportunidades de interação social e distração construtiva, ajudando a aliviar a solidão e o isolamento que muitas vezes acompanham o luto<sup>23</sup>. No entanto, deve-se observar essa interação, pois dado às circunstâncias, o idoso pode ver o ambiente de trabalho como uma fuga das emoções e sentimentos, bem como maneira de manter a vida ‘tal como era’, o que pode dificultar a elaboração do luto e a aceitação da perda.

As atividades de lazer, também indicadas pelos participantes, podem proporcionar uma pausa nas emoções intensas e no luto, oferecendo momentos de alívio e distração. Participar de atividades prazerosas, como viagens, leitura ou outras formas de entretenimento, permite que os viúvos se desconectem, mesmo que temporariamente, da dor promovendo a sensação de bem-estar e de satisfação. Achados semelhantes foram identificados por estudos que destacam as atividades de lazer e autocuidado como estratégias capazes de favorecer o bem-estar emocional e minimizar sentimentos negativos associados ao luto<sup>24</sup>. Ademais, quando associadas ao autocuidado, as atividades de lazer podem se tornar ainda mais valiosas

para enfrentar o luto, pois possibilitam a manutenção do equilíbrio emocional, ao tempo em que contribuem para a saúde física<sup>24</sup>.

A busca por novos relacionamentos amorosos após a viuvez é uma realidade para alguns idosos e pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento, pois, um novo companheiro possibilita preencher o vazio emocional deixado pela viuvez. Entretanto, é importante destacar que todos os participantes que buscaram um novo relacionamento eram homens. Novos relacionamentos podem proporcionar carinho, apoio e uma nova sensação de pertencimento.

Tais achados também evidenciam a influência de marcadores sociais, especialmente relacionados ao gênero, na vivência da viuvez e na elaboração do luto. Observou-se que todos os participantes que relataram novos relacionamentos afetivos após a perda do cônjuge eram homens, aspecto que pode refletir construções socioculturais ainda marcadas por valores patriarcais, nos quais a reconstrução afetiva masculina tende a ser mais socialmente aceita quando comparada à feminina<sup>10,25</sup>. Além disso, as falas demonstraram que a aceitação familiar desses relacionamentos também ocorre de maneira distinta para homens e mulheres, influenciando diretamente as formas de enfrentamento e reorganização da vida após a perda.

Assim como apontado por Frasson *et al.*<sup>27</sup>, mudanças no ambiente e na rotina também podem representar tentativas de reorganização emocional diante da ausência do cônjuge. Devido à intensidade da perda, é comum que a pessoa idosa opte por mudanças em diferentes áreas da vida, dentre elas a escolha de um novo lar ou a restauração de um ambiente em casa, a fim de minimizar as memórias e facilitar o enfrentamento<sup>27</sup>. Por outro lado, há os que doem as roupas do ente querido como forma de seguir em frente e de abrir espaço para novas vivências. Tal decisão reflete um passo em direção ao futuro, deixando no passado as boas lembranças<sup>28</sup>.

O tempo, embora não seja formalmente apontado como uma estratégia de enfrentamento, revela sua natureza soberana, pois, apesar do desejo humano, não é possível controlá-lo. O tempo é entendido como fator determinante no processo de luto, tendo em vista que existem parâmetros temporais relevantes para diferenciar lutos considerados normais daqueles que se caracterizam como patológicos. Além disso, é fundamental a espera de dois anos, no mínimo, para um diagnóstico assertivo de luto patológico, dado à importância de o enlutado vivenciar todo o calendário anual sem a presença do cônjuge, pois esses marcos intensificam os sentimentos. Massocatto e Codinhoto<sup>29</sup> corroboram essa ideia ao afirmarem que os participantes de seu estudo também reconheceram o tempo como elemento importante

para adaptação à perda e reorganização emocional após a viuvez. Desse modo, com o passar do tempo, o luto tende a ser amenizado<sup>29</sup>.

De forma semelhante ao descrito por Cavalcante<sup>30</sup>, a busca por apoio psicológico e acompanhamento profissional também esteve presente entre os participantes como estratégia relevante para enfrentamento do sofrimento emocional decorrente da perda. A busca por ajuda profissional emerge como uma estratégia fundamental no enfrentamento do luto, proporcionando um espaço seguro e guiado para a expressão das emoções associadas à perda. O suporte de um profissional qualificado não apenas valida os sentimentos dos viúvos como também oferece ferramentas e técnicas para lidar de forma construtiva com o processo de luto. Ademais, a terapia proporciona uma oportunidade de explorar o sofrimento, compreender as dinâmicas emocionais e desenvolver mecanismos saudáveis de enfrentamento. O viúvo pode encontrar conforto na compreensão especializada e no apoio emocional profissional, capacitando-se a enfrentar o luto de maneira consciente e resoluta. A ajuda de profissionais da saúde pode oferecer tanto uma bússola emocional durante o luto quanto promover um caminho de cura pessoal e reconstrução emocional<sup>30</sup>.

Percebe-se, portanto, que a elaboração do luto conjugal na velhice envolve múltiplas estratégias de enfrentamento, influenciadas não apenas pelas particularidades emocionais da perda, mas também por fatores socioculturais, como gênero, condições socioeconômicas, escolaridade e contextos de vida, os quais podem impactar diretamente as formas de enfrentamento, o acesso às redes de apoio e os significados atribuídos à viuvez na velhice. Nesse contexto, evidencia-se a importância do suporte oferecido pelos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, psicólogos e médicos, ao promover acolhimento, escuta qualificada e acompanhamento diante das repercussões emocionais e psicossociais decorrentes da perda do cônjuge<sup>19</sup>.

#### **4.2 Rede de Apoio na Elaboração do Luto Conjugal na Velhice**

A rede de apoio desempenha papel fundamental na vida dos idosos, capaz de fornecer um sistema de suporte emocional, físico e social, garantindo o bem-estar dos indivíduos, além de permitir o enfrentamento das complexidades da vida com mais resiliência e confiança. A rede de apoio também é um alicerce essencial para a saúde dos longevos, pois a partir dela é possível fortalecer os laços interpessoais promovendo um senso de pertencimento e cuidado<sup>31</sup>. Apesar da rede de apoio ser comumente associada a familiares, ela não se associa a laços

sanguíneos, mas vincula-se a pessoas e instituições na qual o indivíduo se sente feliz e acolhido<sup>30</sup>.

Assim como identificado em outros estudos sobre luto na velhice, a família destacou-se dentre os participantes como uma das principais fontes de apoio emocional durante o processo de elaboração da perda<sup>14,30</sup>. Nesse sentido, a importância da família para o viúvo transcende a mera convivência, sendo considerada um dos principais elos para garantir o bem-estar emocional e físico do idoso, tendo em vista sua capacidade de proporcionar um ambiente seguro, de afeto e de pertencimento<sup>32</sup>. Além disso, a família oferece uma rede de cuidados práticos, garantindo que as necessidades básicas sejam atendidas. Essa interação também desencadeia benefícios cognitivos, estimulando a mente por meio de conversas, recordações e experiências compartilhadas<sup>30</sup>. Em um contexto mais amplo, a família conecta uma pessoa idosa à sua história, tradições e valores, conferindo-lhe uma sensação de continuidade e significado em suas experiências de vida, mesmo sem o cônjuge. Contudo, é imprescindível que o apoio familiar preserve a autonomia do idosos e seu local de fala<sup>33</sup>.

Corroborando achados de outras pesquisas sobre envelhecimento e luto, os amigos também emergiram como importantes fontes de apoio emocional e convivência social entre os idosos entrevistados<sup>14</sup>. Amigos íntimos, por sua vez, oferecem uma perspectiva externa valiosa, pois suas vivências e a proximidade com os viúvos podem colaborar para uma melhor aceitação da perda. Nesse contexto, os amigos na velhice representam um vínculo de compreensão mútua, capaz de oferecer apoio emocional, físico e social enriquecendo a jornada do envelhecimento<sup>34</sup>. Além disso, essas relações amigáveis são capazes de garantir a manutenção de uma rede social ativa, essencial para a saúde dos idosos. A troca regular de diálogo, carinho e compreensão entre amigos na velhice não apenas nutre a felicidade individual, mas também promove uma sensação de pertencimento e continuidade da vida. Em suma, as amizades na velhice são fundamentais para uma vida plena, proporcionando conforto, alegria e uma base sólida para enfrentar os desafios que o envelhecimento pode desencadear<sup>30</sup>.

Os vizinhos também podem desempenhar um papel importante, devido à proximidade física e ao compartilhamento, por vezes longo, de experiências de vida. o que facilita o acesso ao idoso, seja para visitá-lo na expectativa de ajudá-lo emocionalmente por meio de conversas, seja na ajuda com alguma atividade doméstica durante o processo de adaptação. Essas ações simples são importantes, tendo em vista que faz com que o próprio viúvo se sinta acolhido pela comunidade, o que pode amenizar sentimentos de solidão<sup>35</sup>.

Tal como descrito por Morato e Ferreira<sup>23</sup>, o ambiente de trabalho emergiu como espaço de interação social e apoio emocional durante o período de luto. Ademais, o ambiente de trabalho também representa um suporte significativo, pois o vínculo empregatício é um compromisso de responsabilidade com a empresa e com as pessoas. Desse modo, os colegas podem oferecer suporte valioso, pois em conversas informais e espontâneas, os idosos podem compartilhar seus sentimentos e preocupações relacionados à perda do cônjuge, como um momento de desabafo. Além disso, os colegas podem criar um ambiente de trabalho solidário, facilitando ajustes na carga de trabalho, permitindo flexibilidade nos horários e oferecendo apoio prático quando necessário. A interação diária com colegas de trabalho também proporciona uma distração saudável e ainda oportuniza a proximidade com a comunidade, reduzindo a sensação de isolamento<sup>36</sup>.

Em conjunto, essas redes de apoio são essenciais para ajudar os viúvos a enfrentar o luto de maneira mais saudável, proporcionando uma sensação de pertencimento e solidariedade em um momento de tristeza. Contudo, apesar de sua importância, muitos idosos não recebem apoio de qualquer grupo, o que amplia a solidão e a ocorrência de pensamentos negativos, dificultando a elaboração e a aceitação da perda<sup>37</sup>.

Apesar da influência positiva que a rede de apoio proporciona, a intervenção profissional não deve ser descartada, tendo em vista sua importância durante a elaboração do luto<sup>38</sup>. Nesse sentido, estudos recentes apontam que o suporte profissional, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, pode contribuir para identificação precoce de sofrimento emocional, fortalecimento das redes de apoio e prevenção de repercussões negativas relacionadas ao luto<sup>30</sup>.

Dentre as estratégias desenvolvidas, tanto por enfermeiros quanto por psicólogos, os grupos de apoio oferecem um espaço seguro e empático para compartilhar experiências, sentimentos e estratégias de enfrentamento, promovendo a compreensão mútua entre os participantes<sup>39</sup>. Os enfermeiros e ou psicólogos atuam como facilitadores, promovendo a troca de apoio entre os membros do grupo e fornecendo informações relevantes sobre o processo de luto na velhice. A criação desses grupos não oferece apenas suporte emocional, mas também combate ao isolamento social, frequentemente experimentado por idosos enlutados<sup>40</sup>. Ao reunir indivíduos que compartilham experiências semelhantes, os grupos de apoio liderados por profissionais buscam um ambiente terapêutico que fortalece a resiliência e promove uma jornada de luta mais saudável e integrada. Assim, compreende-se a relevância da rede de apoio alinhado ao apoio profissional para a elaboração do luto conjugal<sup>41</sup>.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Inicialmente, observou-se resistência de alguns idosos em participar da pesquisa devido à necessidade de gravação das entrevistas, especialmente em decorrência de episódios recentes de golpes direcionados à população idosa. Além disso, a sensibilidade do tema também dificultou a adesão de alguns participantes, pois muitos demonstraram desconforto ao abordar sentimentos relacionados à perda do cônjuge.

Destaca-se ainda que a utilização do método de amostragem por bola de neve pode ter favorecido a inclusão de participantes com características socioculturais semelhantes, especialmente em relação às crenças religiosas e às redes de convivência social. Nesse sentido, a predominância de participantes vinculados a tradições religiosas cristãs pode ter influenciado a espiritualidade como estratégia de enfrentamento do luto. Além disso, por contemplar exclusivamente idosos residentes da região Sul do Brasil, os achados refletem especificidades culturais e sociais desse contexto, limitando a transferência dos resultados para outras realidades regionais. Ressalta-se também que aspectos relacionados à escolaridade, raça/cor e condições socioeconômicas dos participantes não foram explorados de forma aprofundada, embora possam influenciar significativamente as experiências de luto, as estratégias de enfrentamento e o acesso às redes de apoio na velhice.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do luto conjugal na velhice mostrou-se um processo singular, perpassado por diferentes experiências, sentimentos e formas de enfrentamento. Entre as estratégias mais recorrentes, entre os participantes destacam o conforto espiritual, a dedicação ao trabalho, as atividades de lazer e de autocuidado, as mudanças na rotina e no ambiente, além da busca por ajuda profissional. Os achados também evidenciaram a importância da rede de apoio durante esse processo, especialmente da família, amigos, vizinhos e comunidade religiosa, contribuindo para o suporte emocional e para a redução do sentimento de solidão após a perda do cônjuge.

Os resultados reforçam a necessidade de que os profissionais da saúde, especialmente aqueles inseridos na Atenção Primária à Saúde, reconheçam o luto conjugal na velhice como uma experiência complexa e potencialmente impactante para a saúde física e emocional dos idosos. Nesse contexto, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais podem atuar na identificação de idosos em situação de vulnerabilidade emocional, no fortalecimento das redes

de apoio e no desenvolvimento de estratégias de acolhimento e cuidado voltadas às demandas psicossociais decorrentes da viuvez.

Por fim, destaca-se a importância de novas pesquisas sobre a temática, contemplando diferentes contextos socioculturais e regionais, bem como investigações que aprofundem aspectos relacionados a questões que emergiram como centrais no processo de elaboração do luto, a exemplo das especificidades de gênero no enfrentamento e na elaboração do luto, das nuances trazidas pela espiritualidade e das redes de apoio no processo de elaboração do luto na velhice. Estudos longitudinais também poderão contribuir para uma compreensão mais ampla das repercussões da viuvez na velhice.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2019 [cited 2024 June 24];15(32):69–79. Available from: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>
2. Cortez AC, Silva CRL, Silva RCL, Dantas EHM. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil*. 2019 [cited 2024 June 24]; 18(5):700–709. Available from: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [cited 2026 May 20]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos/>
4. Organização Pan-Americana Da Saúde (OPAS). Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030. 2020 [cited 2023 Nov 3]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52902>
5. Gomes GC, Moreira RS, Maia TO, Santos MAB, Silva VL. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 Mar [cited 2023 Nov 3];26(3):1035–1046. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08222019>
6. Arouca ASS. Conferência: Democracia é Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde;1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987 [cited em 2023 Mar 26]. 35- 44 p. Available from: [http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)
7. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [cited 2023 Mar 11]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)
8. Oliveira AL, Kamimura QP, Nogueira PS. Resiliência e Envelhecimento Ativo: Estudo Qualitativo sobre os fatores de risco e proteção na terceira idade. *BJHR*. 2021 [cited 2023 Nov 4];4(1):2621–2641. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24467>

9. Cezar AM, Pinho P, Braga AE, Silva CCP, Junior MCS. As perdas e o processo de luto na velhice: um olhar a partir da psicanálise. *Aletheia*. 2022 [cited 2023 Nov 4];55(1):192-206. Available from: <https://dx.doi.org/10.29327/226091>
10. Turassa NG, Bandeira TB, Silva VR, Salles RJ. Análise do processo de luto pela perda do cônjuge na velhice. *Colloquium Health and Education*. 2021 [cited 2023 Oct 26];1(2): 01-22. Available from: <https://educacaoecienciasdasaude.emnuvens.com.br/recs/article/view/28/36>
11. Horácio FCA, Santos LPN. O enfrentamento do luto na velhice diante da perda do cônjuge no âmbito familiar. [Trabalho de Conclusão de Curso]. [Catalão]: Curso de Psicologia- Centro Superior UNA; 2020 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17239/1/TCC%20-%20Fernanda%20e%20Ludmila.pdf>
12. Santos JC, Alves CB, Abreu BLM. Teoria do apego na velhice: revisão integrativa de literatura. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*. 2021 [cited 2023 Oct 13];10(2):1– 12. Available from: [doi.org/10.55388/psicofae.v10n2.372](https://doi.org/10.55388/psicofae.v10n2.372)
13. Silva MDF, Alves JF. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012 [cited 2023 Oct 24];25(3):588–595. Available from: <https://www.scielo.br/j/prc/a/3tSjhYY3jWbg7BHGBkMwdSr/?format=pdf&lang=pt>
14. Oliveira LM, Abrantes GG, Ribeiro GS, Cunha NM, Pontes MLF, Vasconcelos SC. Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: an integrative review. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2019 [cited 2023 Oct 23];22(6):e190241. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>
15. Vieira PF, Almeida MAR. Humanização da assistência de enfermagem em pacientes idosos. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*. 2020 [cited 2023 Nov 4];3(1):371–8. Available from: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/294>
16. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto Lf, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [cited 2023 Mar 26];25(12):4723–4735, 2020. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
17. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in Development of Medical Education*. 2017 [cited 2023 Oct 15];14(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5812/sdme.67670>
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
19. Portela RA, Passos HM, Sousa SMA, Brugin ES, Silva ACO. A espiritualidade no enfrentamento do luto: compreender para cuidar. *Brazilian Journal of Development*. 2020 [cited 2023 Nov 6];6(10):74413–74423. Available from: <https://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n10-025>
20. Soledade SG da, Souza LCG de. O Peso do Luto: Um Estudo Sobre as Representações da Morte e o Processo do Luto na Sociedade Contemporânea. *epitaya* [Internet]. 2021 Oct 28 [cited 2023 Nov 6];1(10):101-3. Available from: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/257>

21. Ribeiro PKS, Battistello CZ, Pires AP, Magadan ED, Conceição EL. Diferentes processos de luto e o luto não reconhecido: formas de elaboração e estratégias dentro da psicologia da saúde e da terapia cognitivo-comportamental. *BJD*. 2022 [cited 2023 Nov 6];8(4):30599–30614, 2022. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-508>
22. Souza CP, Souza AM. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2019 [cited 2023 Nov 6];35:1-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>
23. Morato LZ, Ferreira HG. O mercado de trabalho para idosos: a consultoria como possibilidade de atuação. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. 2020 [cited 2023 Nov 7];20(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.3.19426>
24. Miquelanti TG, França LA. Condições de vida e saúde de idosos que moram sozinhos. *Ampla Editora*. 2022 [cited 2023 Nov 7];210–217. Available from: <https://amplaeditora.com.br/publicacoes/3802/>
25. Sampaio VP, Reis LA, Silva JFC, Andrade LM, Meira EC. O sentido da memória da mulher idosa em vivência com a sexualidade. *Serviço Social em Revista*. 2022 [cited 2023 Nov 7];25(2):361–380. Available from: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2022v25n2p361>
26. Severiano AP, Silva KHCV, Oliveira MLC, Lorençone EMS, Machado LL, Silva MC. Relacionamento amoroso na terceira idade: empecilhos, saúde e qualidade de vida Uma reflexão por “Nossas Noites”. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022 [cited 2023 Nov 7];5(1):1462–1474. Available from: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n1-125>
27. Frasson TC, Castro A, Vidal GP. Sempre serei sua mãe: luto e ressignificação de mães de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2021 [cited 2023 Nov 10];10(3):381–397. Available from: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3787>
28. Stallybrass P. *O casaco de Marx: roupa, memória, dor*. Org: Tomaz Tadeu, 5ª ed. rev. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.
29. Massocatto FI, Codinhoto E. Luto antecipatório: Cuidados psicológicos com os familiares diante de morte anunciada. *Revista Farol*. 2020 [cited 2023 Nov 8];11(11):127-143. Available from: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/262/205>
30. Cavalcante MB. Luto na terceira Idade: uma discussão sobre dificuldades, família e atuação do psicólogo. *Revista Eletrônica da Estácio Recife*. 2022 [cited 2023 Nov 8];7(2):1-13. Available from: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/611/278>
31. Fhon JRS, Cabral LMS, Giacomini SBL, Reis NA, Resende MC, Rodrigues RAP. Frailty and sociodemographic and health factors, and social support network in the brazilian elderly: A longitudinal study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022 [cited 2023 Nov 15];56:1-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0192>
32. Guerra MFSS, Porto MJ, Araujo AMB, Souza JP, Santos GP, Santana WNB *et al*. Envelhecimento: inter-relação do idoso com a família e a sociedade. *Research, Society and Development*. 2021 [cited 2023 Nov 15];10(1):1-9. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11534>

33. Silva FSVF, Monte PM, Garcia EL. A elaboração do luto no cônjuge longevo e a sua autonomia: reflexões sobre perdas do companheiro(a) na fase sênior. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*. 2023 [cited 2023 Nov 16];15(3):2783–2793. Available from: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n3-042>
34. Maia CML . *et al.* Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Revista INFAD de Psicologia*. 2016 [cited 2023 Nov 15];1(1): 293-302. Available from: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>
35. Lu S, Wu Y, Mao Z, Liang X. Association of Formal and Informal Social Support With Health-Related Quality of Life Among Chinese Rural Elders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 [cited 2023 Nov 15];17(4):1351, 2020. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041351>
36. Luna IJ. Rede social de apoio no luto: a quem confiar minha tristeza?! *Psicologia em Estudo*. 2023 [cited 2023 Nov 16];28:1-16. Available from: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.54693>
37. Porter N, Claridge AM. Unique grief experiences: The needs of emerging adults facing the death of a parent. *Death Studies*. 2021 [cited 2023 Nov 16];45(3):191–201. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626939>
38. Oliveira MPSG, Souza JCPO. O luto na velhice: Estudo sobre como os idosos superam este evento. Editora Poisson. 2020 [cited 2023 Nov 16];1. Available from: [https://www.poisson.com.br/livros/individuais/Saude\\_Amazonida/Saude\\_Amazonida.pdf](https://www.poisson.com.br/livros/individuais/Saude_Amazonida/Saude_Amazonida.pdf)
39. Sousa LEG, Vicente CC. Envelhe-“ser”: redescobrimo o sentido da vida. *Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*. 2022 [cited 2023 Nov 16];14(3):1-14. Available from: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/24296/1037>
40. Oliveira MR, Queiroz CG, Oliveira MEA, Lima FLA. A resignificação do luto no grupo de apoio psicológico: um relato de experiência no contexto da Covid-19. *Editora Científica Digital*. 2022 [cited 2023 Nov 15];2(1). Available from: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/211006522.pdf>
41. Mota GMP, Cesário LC, Jesus ITM, Lorenzini E, Orlandi FS, Zazzetta MS. Arranjo familiar, apoio social e fragilidade em idosos da comunidade: estudo longitudinal com métodos mistos. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2022 [cited 2023 Nov 16];31:1-16. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0444pt>

# **Grupo de ajuda e suporte mútuos: autonomia e cuidado em saúde mental no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil**

*Mutual aid and support group: autonomy and mental health care in the context of the Covid-19 pandemic in Brazil*

*Grupos de ayuda mutua y apoyo: autonomía y atención a la salud mental en el contexto de la pandemia de Covid-19 en Brasil*

**Marina Lessa Gomes da Matta  
Aurélio Matos Andrade  
Andreia de Oliveira  
Maria da Glória Lima**

## **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar a implantação do Grupo de Ajuda e Suporte Mútuos (GASM) como tecnologia de cuidado em saúde mental aos usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSAD) do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, com emprego da cartografia. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2019 a março de 2021 em um grupo de 10 usuários. **Resultados:** Os resultados indicaram que o GASM foi caracterizado como dispositivo de suporte aos usuários de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia da Covid-19, e se configurou como uma estratégia de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da promoção da autonomia e da participação dos sujeitos. Essa modalidade de apoio terapêutico aos usuários de álcool e outras drogas pode ser considerada endossada na potencialização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), como dispositivo fundamentado na saúde mental no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde mental. Saúde mental. Participação social. Pesquisa qualitativa.

## **ABSTRACT**

**Objective:** Analyze the implementation of the Grupo de Ajuda e Suporte Mútuos (GASM) as a mental health care technology for users with problems related to the use of alcohol and other drugs in a Center for Psychosocial Care of Alcohol and Other Drugs (CAPSAD) of the Federal

District. **Method:** It is a descriptive and exploratory research, a qualitative approach, with the undertaking of cartography. The data collection occurred between December 2019 and March 2021 in a group of 10 users. **Results:** The results indicate that GASM was characterized as a support device for users of alcohol and other drugs, in the context of the Covid-19 pandemic, and was configured as a strategy to strengthen the Psychosocial Care Network (RAPS), by promoting the autonomy and participation of subjects. This modality of therapeutic support to users of alcohol and other drugs can be considered endorsed in the potentialization of the Singular Therapeutic Project (PTS), as a device based on mental health in the scope of the Brazilian Psychiatric Reform.

**Keywords:** Mental health services. Mental health. Social participation. Qualitative research.

## Resumen

Objetivo: Analizar la implementación del Grupo de Ayuda Mutua y Apoyo (GAA) como tecnología de atención de salud mental para usuarios con problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en un Centro de Atención Psicosocial para Alcohol y Otras Drogas (CAPSAD) del Distrito Federal. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con un enfoque cualitativo, que emplea cartografía. La recolección de datos se realizó entre diciembre de 2019 y marzo de 2021 en un grupo de 10 usuarios. **Resultados:** Los resultados indicaron que el GAA se caracterizó como un dispositivo de apoyo para usuarios de alcohol y otras drogas, en el contexto de la pandemia de Covid-19, y se configuró como una estrategia para fortalecer la Red de Atención Psicosocial (RAPS), mediante la promoción de la autonomía y la participación de los sujetos. Este tipo de apoyo terapéutico para usuarios de alcohol y otras drogas puede considerarse un respaldo al fortalecimiento del Proyecto Terapéutico Individual (PTI), como un dispositivo fundamentado en la salud mental dentro del marco de la Reforma Psiquiátrica Brasileña.

**Palabras clave:** Servicios de salud mental. Salud mental; Participación social. Investigación cualitativa.

## 1 INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 apresentou de forma impactante, ao Brasil e ao mundo, a indissociabilidade entre a desigualdade social, a precariedade das condições de vida e o sofrimento psíquico<sup>1</sup>. Esse contexto pandêmico teve o seu atravessamento por todo o tecido social, sem resguardar nenhuma área da vida humana, com repercussões relevantes na esfera da saúde mental<sup>2</sup>. O quadro pandêmico, agravado pelas precariedades da conjuntura socioeconômica acarretou, ainda, imposições de restrições ao modo de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com produção de novos desafios no sentido de assegurar o

cuidado às pessoas com sofrimento mental<sup>3</sup>.

A pandemia desencadeou um triplo desafio aos serviços em atuação na atenção psicossocial. O primeiro é o de prevenir, no cuidado à saúde mental, o aumento das consequências relacionadas à redução do bem-estar psicossocial, provocado pelos efeitos sanitários, sociais e econômicos com abrangência a toda a população durante a pandemia. O segundo é o de proteger as pessoas com sofrimento mental por Covid-19 e seus impactos associados. O terceiro é prover os cuidados necessários aos profissionais de saúde e cuidadores, com o propósito de protegê-los e permitir-lhes cuidar dos outros<sup>4</sup>. E em tempos de pandemia, esses desafios se intensificaram nos serviços de saúde da rede pública, como por exemplo com a adequação das práticas profissionais ao modelo da atenção psicossocial na busca de avanços às diretrizes da política de atenção à saúde mental, do Ministério da Saúde<sup>5,6</sup>.

Compreende-se que tais desafios estavam intrinsecamente interligados à complexidade da determinação social do processo saúde-doença-cuidado e se vincularam, diretamente, às políticas públicas implementadas (ou não) para o seu enfrentamento. Destaca-se nesse sentido como objeto desta pesquisa a análise empreendida sobre os Grupos de Ajuda e Suporte Mútuos (GASM) ancorada na perspectiva da produção social da saúde que, portanto, compreende o campo da saúde mental como um “fenômeno eminentemente humano e social, e não um fato biológico – natural, o que exige uma abordagem complexa, histórica, política e culturalmente contextualizada”<sup>7,8</sup>.

Insta salientar que os grupos de ajuda e suporte mútuos também chamados de pares, evidenciados na Europa, Estados Unidos e Brasil, são dispositivos de cuidado e de fortalecimento de vínculos de usuários e familiares do serviço, desenvolvidos em termos de suas especificidades se comparados ao conjunto das ações institucionais, voltados à finalidade de proporcionarem um suporte, com vistas, primordialmente, à acolhida, ao compartilhamento de experiências e de apoio emocional. Esses grupos se estabelecem como um espaço de fala e de escuta para tirar dúvidas sobre o tratamento dos usuários, para desabafar sobre suas angústias e inquietações sobre a sua pessoa, não somente como pessoa que possui um sofrimento mental, mas como ser humano, e também com o propósito de partilhar e identificar estratégias para lidar com o sofrimento psíquico e com os problemas comuns da vida social, com vistas ao desenvolvimento da capacidade emancipatória (ou capacidade de autonomia) de seus participantes<sup>7</sup>.

A história do movimento internacional de usuários e familiares no campo da saúde mental indica a perspectiva de que é necessário propor estratégias concretas para o desenvolvimento da autonomia dos usuários, em níveis diferenciados de participação, complexidade e dificuldade<sup>7</sup>. Desta forma, torna-se urgente o fortalecimento de modelos de atenção e cuidado em saúde mental que respondam adequadamente a esses desafios. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar a implantação do Grupo de Ajuda e Suporte Mútuos (GASM) como tecnologia de cuidado em saúde mental para usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSAD) do Distrito Federal.

## **2 MÉTODO**

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, com o emprego da cartografia conforme acepção formulada por Deleuze & Guattari<sup>9</sup>. Este estudo foi estruturado com a perspectiva de acompanhar um processo, e não apenas representar um objeto. Buscou-se uma aproximação com essa abordagem no plano da experiência, acompanhando os efeitos sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento no próprio percurso da investigação, de modo a desenhar uma “rede de forças” à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, compreendendo as suas modulações e o seu movimento permanente<sup>10</sup>.

A proposta teórica metodológica do Eduardo Mourão Vasconcelos sistematizada pelo Grupo de Ajuda e Suporte Mútuos (GASM) implantado em dezembro de 2019, após processo formativo em curso de extensão coordenado pelo Observatório de Saúde Mental da Universidade de Brasília (UnB), composto por uma pesquisadora e por dois usuários de um serviço público especializado integrante da RAPS da Secretaria de Saúde do Estado do Distrito Federal (SEE-DF), Brasil.

Os encontros presenciais ocorreram em um dispositivo comunitário intersetorial parceiro no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), quinzenalmente entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020 e também na modalidade on-line, realizados via plataforma Whatsapp e/ou Google Meet, entre setembro de 2020 e março de 2021. Uma suspensão das atividades ocorreu em março de 2020, com o advento da pandemia da Covid-19 interferindo na organização dos serviços de saúde mental do DF, com a suspensão dos atendimentos grupais e com o deslocamento de parte de profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atender

em serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Após reorganização dos serviços especializados e o retorno dos profissionais e das atividades grupais, e atendimento das recomendações sanitárias de isolamento social, o GASM foi reestruturado para a modalidade *on-line*. Ao todo foram organizados 29 encontros, dos quais 7 presenciais e 22 virtuais.

Os participantes incluídos neste estudo foram usuários com histórico de abuso de álcool e outras drogas, procedentes de um CAPSAD que aceitaram o convite para integrar o GASM, como perspectiva de ampliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), com idade igual ou superior a 18 anos, sem diferenciação de gêneros. Os critérios de exclusão contemplaram as falas de usuários que não apresentaram clareza e resposta cognitiva em seus diálogos devido a alterações fisiológicas e/ou comportamentais por uso de álcool e outras drogas. Define-se o GASM como um grupo aberto disponível a todos os usuários do serviço de referência (CAPSAD), composto por 10 participantes.

A equipe multidisciplinar do CAPSAD foi composta por 16 profissionais de saúde, 7 técnicos (as) em enfermagem, 2 assistentes sociais, dois enfermeiros (as), 2 médicos (as), 2 psicólogos (as) e 1 terapeuta ocupacional. Nesse cenário, o GASM foi criado com a participação do profissional do CAPSAD atuando de forma diretiva apenas inicialmente (no primeiro encontro), pois em seguida o grupo se manteria com os próprios facilitadores usuários, em seguida o profissional ocupou um lugar de “retaguarda”.

Para a análise cartográfica utilizaram-se os conteúdos de cada encontro registrado em Diário de Campo (DC)<sup>11</sup>. Nessa modalidade de registro a tônica não foram as individualidades, mas sim a experiência da grupalidade, logo esta pesquisa não dispõe de uma caracterização de perfil sociodeográfico dos usuários do grupo. As narrativas foram submetidas a técnica da análise do conteúdo, a partir da emergência de categorias segundo a interpretação dessa concepção interpretativa apresentada na técnica de Bardin<sup>12</sup>. A identificação dos integrantes que ficaram à frente do grupo foi atribuída por meio de codinomes à vegetação do cerrado brasileiro (Ipê, Jacarandá, Acácia e Jerivá) e a identificação do DC foi seguida de mês e ano do registro.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo cumpriu às recomendações da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), sob parecer número 2.200.022 e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), sob parecer número 2.270.086. Observados ainda os aspectos éticos

circunscritos às Orientações para Procedimentos em Pesquisas com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual, ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, em 24 de fevereiro de 2021.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir das narrativas obtidas pela cartografia decorrente do desenvolvimento do GASM emergiram três eixos temáticos: 1) O GASM: produção de território, partilha de afetos - possibilidades de (re)produção de autonomia e de identidades 2) O GASM e o desvelamento da desigualdade social em saúde mental no contexto da pandemia de Covid-19; 3) Desafios e contradições do GASM em contexto de contrarreforma psiquiátrica.

#### **1) O GASM: produção de território, partilha de afetos- possibilidades de (re)produção de autonomia e de identidades**

##### **1.1) Produção do território**

O território diz respeito à construção e à transformação que ocorrem entre os cenários naturais e a história social que as pessoas produzem na memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar, nas relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores ali produzidos, assim como modos múltiplos, contíguos, contraditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas<sup>13</sup>.

Percebi nos facilitadores, certo tensionamento frente à situação nova que era conduzir o grupo, alguns olhares e gestos que pareciam indicar que não queriam “errar” nesse primeiro encontro. Percebo também a satisfação dos facilitadores, materializada nos seus gestos e comportamentos de cunho afetuoso e cuidado para com as pessoas presentes (DC, 12/2019).

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) foi considerado o ponto de encontro escolhido pelos facilitadores, após solicitação formal da apoiadora institucional do grupo, por dispor de um bom acesso e localização estratégica no território - próximo aos principais pontos de ônibus, em frente ao restaurante comunitário da região, ao lado de uma escola pública, em poucos metros da associação de mulheres, e ainda nas proximidades da administração regional da cidade.

Ao chegarmos ao CRAS, três participantes estavam à nossa espera. Vieram de uma cidade vizinha. O grupo se encontrou na sala reservada pelo CRAS de Sobradinho II,

como havíamos combinado. Um dos facilitadores teve a ideia de se reunir do lado de fora, embaixo de uma árvore que tem uma sombra imensa. O lugar é tranquilo, o espaço bem amplo, fica próximo de uma escola, que devido ao período não havia aulas. Logo, o movimento era quase inexistente. Isso garantiu a privacidade do que era dito no grupo. Cada participante pegou a sua cadeira no CRAS, uma mesa foi disponibilizada pela instituição para organizarmos o lanche trazido pelos participantes. Fizemos um círculo em torno da mesa e do lanche. (DC, dezembro /2019).

As barreiras físicas de acesso presentes no território da Região Norte do Distrito Federal configuraram, em alguns momentos, desafios para a construção de vivências coletivas no grupo. Entretanto, tais limitações não impediram a continuidade das atividades nem a mobilização dos participantes em torno da manutenção do espaço de apoio mútuo. Ao contrário, o enfrentamento dessas dificuldades revelou processos de resistência coletiva e fortalecimento do vínculo entre os integrantes, evidenciando que a produção do cuidado em saúde mental também se sustenta na solidariedade e na construção compartilhada de estratégias para permanecer no território e manter o grupo ativo<sup>14</sup>.

Nesse contexto, o território pode ser compreendido para além de sua dimensão física, sendo constituído pelas relações, encontros e práticas cotidianas que produzem sentido e pertencimento entre os sujeitos. Em grupos de ajuda e suporte mútuos, os encontros configuram espaços fundamentais de troca de experiências, reconhecimento e construção coletiva do cuidado, possibilitando processos de participação, autonomia e empoderamento dos participantes<sup>15</sup>. Assim, o território se expressa em múltiplas dimensões sociais e simbólicas, podendo tanto favorecer práticas emancipatórias quanto reproduzir desigualdades, dependendo das formas como os sujeitos se organizam e interagem no espaço social<sup>16</sup>. Nesse prisma, o território existencial dos sujeitos envolvidos no GASM é uma questão importante no que tange à compreensão do termo e suas implicações na produção das subjetividades e de cuidado em saúde mental como se segue:

Com alguns integrantes do GASM eu tinha um vínculo, entretanto, nesse dia, para a maioria dos presentes, era o primeiro encontro comigo. Tive dificuldade para construir vínculos com aqueles que não conhecia [...] Diria que os primeiros encontros foram marcados por certo estranhamento[...] Ora, eu não estava na condução do grupo. Eram os facilitadores (Ipê e Jacarandá) que o conduziam e tudo estava fluindo com leveza, criatividade e muito afeto. Eles [os facilitadores] tinham vínculo estabelecido com todos os participantes presentes. [...] (DC, dezembro/2019).

## **1.2) Partilha de afetos: possibilidades de (re)produção de autonomia e de identidades**

O GASM possibilitou evidenciar uma segunda dimensão significativa entre os participantes, a relação e a partilha dos afetos estabelecidas com os vários espaços e fatos experimentados no território e nos encontros, com a emergência tanto de vivências alegres, como de vivências tristes, principalmente àquelas relacionadas ao uso de drogas. Todavia, também permitiu ressignificar as relações de solidariedade e vínculos criados no território.

Muitos usuários do CAPSAD viveram e ainda vivem situações de rua ou uso de drogas em conjunto em uma trama de relações com outros tantos corpos externos e com um histórico de vivências e memórias afetivas. Depreender a importância dos afetos estabelecidos nas relações implica a harmonia entre o sentir e o agir dos sujeitos envolvidos. Desse modo, conforme enfatiza Kinoshita<sup>17</sup> torna-se possível diminuir a carga de afetos tristes que estão na origem do consumo de substâncias que compõem o circuito do uso de drogas. Nessas circunstâncias, atentar para a dinâmica dos afetos, sob a lógica da determinação pelas forças da natureza, observando-a e estudando-a para identificar seus padrões e modos de funcionamento, podem elaborar mecanismos capazes de modificar o curso daquelas interações que levaram aos afetos tristes. Embora não seja possível comandar racionalmente os afetos, a razão permite gerar engenhos linguísticos que a transformam em autointeração<sup>17</sup>.

Observou-se na tecedura grupal, comum aos usuários dos CAPSAD, a existência de uma luta travada da produção de autonomia e a relação com o uso e abuso de drogas implicando na tendência de um comportamento de isolamento e solidão.

Jatobá pediu para falar, sentiu vontade de compartilhar sua rotina: Moro sozinho, meus familiares não querem saber de mim[...] [...] o álcool é a minha companhia, por muito tempo me prejudicou, hoje eu tomo três doses, três vezes ao dia e tá tudo certo [...] eu já compro ela [bebida] junto com as minhas compras do mercado no mês.. [...] tive problemas com o álcool, na juventude, mesmo assim eu consegui um emprego na Câmara dos Deputados, onde me aposentei, mas não foi devido à idade e sim por um acidente – relatou. Hoje Jatobá se encontra em tratamento no CAPSAD, cultiva a horta como parte do seu Plano Terapêutico Singular. (DC, janeiro/2020)

A autonomia dos participantes se concretizou no modo como eles passaram a se relacionar com o grupo e, a partir daí, com outras pessoas, movimentos, nas mais variadas situações. Essas relações apontam caminhos para que elas colaborem com a execução de outras ações do grupo na comunidade e o gerenciamento da vida cotidiana. Além disso, Campos & Val et al<sup>18</sup> indicam que os grupos de ajuda e suporte mútuos contribuem para o fortalecimento da autonomia, do

empoderamento e da capacidade de enfrentamento das pessoas em sofrimento psíquico. Esses espaços favorecem o compartilhamento de experiências entre pares, estimulando a participação ativa dos usuários em iniciativas de apoio comunitário, defesa de direitos e engajamento social, elementos centrais nos processos de recuperação em saúde mental.

Jacarandá relatou que os conflitos com a ex-companheira eram gatilhos para o uso de álcool e isso intensificava os problemas em casa. Referiu que no período em que as situações de conflitos foram mais intensas, ocorreu-lhe um acidente que o deixou com sequelas permanentes na perna. [...] Isso me deixou também muito deprimido na vida [...] [...] após esse acidente eu fui morar na rua, foi um período muito difícil [...] Afirmou que após iniciar o tratamento no CAPSAD, sente-se fortalecido, sente que tem apoio. (DC, Janeiro/2020)

A troca de experiência em relação ao modo de lidar com esses desafios, comuns entre os participantes do GASM, proporcionou a ressignificação de situações complexas vivenciadas pelos integrantes do GASM.

Ipê fez um resumo das falas e trouxe elementos importantes para reflexão: “a importância de ter estratégias para lidar com os conflitos familiares e na vida” e “se colocar no lugar das outras pessoas para ir adquirindo uma atmosfera de empatia entre nós. (DC, janeiro de 2020)

Segundo Pereira<sup>19</sup>, diante das experiências de sofrimento psíquico, frequentemente marcadas por sentimentos de dor, angústia, desesperança e perda de sentido de vida, os grupos de ajuda e suporte mútuos constituem espaços coletivos de acolhimento e compartilhamento de experiências. Os GASM, à medida que valorizam o conhecimento vivido pelos próprios usuários, esses grupos favorecem estratégias de enfrentamento baseadas na troca entre pares, no reconhecimento mútuo e na construção de significados sobre o sofrimento. Tal dinâmica contribui para fortalecer recursos individuais e coletivos no cotidiano, respeitando as referências culturais e os contextos sociais dos participantes.

Todos esses processos sinalizaram mudanças que indicam a capacidade dos usuários de se reconhecerem e serem reconhecidos a partir do diálogo e da (re)experimentação de si, acima dos estigmas e “percalços” da vida. Nesse momento, percebe-se que o grupo iniciou o processo de autodefinição das suas necessidades, como descrito por Campos & Val et al<sup>18</sup>, os grupos de ajuda mútua tornam-se espaços em que os usuários podem identificar suas necessidades, avaliar estratégias de cuidado e fortalecer práticas de resistência frente a modelos normativos de vida e cuidado em saúde mental.

## 2) O GASM e o desvelamento da desigualdade social em saúde mental no contexto da pandemia de Covid-19

Com o advento da pandemia da Covid-19 o GASM buscou alternativas para retornar aos encontros. Conforme expõe Otsuka<sup>20</sup>, na impossibilidade do encontro que se faz pelo toque e se fortalece no coro de vozes que se sobrepõe pela proximidade de muitos, é necessário reinventar formas de construção coletiva e demonstração de unidade, mesmo que a distância física seja sinônimo de cuidado. Se o silêncio não é uma opção, precisamos amplificar e juntar as vozes com as ferramentas de que dispomos.

O movimento da tecedura grupal identificou a urgência pela busca de estratégias no enfrentamento de algumas inquietações que se traduziram em questionamentos incessantes: Como promover saúde mental em um contexto de recomendações sanitárias de isolamento social e de não aglomeração? Como redirecionar as atividades nos serviços da rede para garantir a continuidade do cuidado? Como cuidar em territórios de vulnerabilidades acentuadas na conjuntura da pandemia da Covid-19 e de desmonte do SUS.

Ipê: [...] tive uma proposta da gente fazer o grupo de ajuda mútua virtual, aí eu entrei em contato com os facilitadores, nós começamos há uns meses e começamos a fazer reuniões de ajuda mútua [...] Pra mim foi uma grande conquista, pois eu estava criando muita barreira deste mundo virtual, minha fragilidade esse ano foi isso aí. Eu vi que muitas outras pessoas também estavam enfrentando isso [...] (DC, dezembro/2020)

O primeiro reencontro do grupo após o advento da pandemia da Covid-19 ocorreu na modalidade *on-line*, em que prevaleceu a alegria do (re)encontro, com partilha de emoções e afetos, não importava a escolha do tema para debate. O encontro se desenvolveu com diálogos animados, que fluíram com muita leveza, alegria e afeto. À medida em que cada um entrava na sala de bate papo *on-line* observaram-se emoções de surpresa, alegria e satisfação pelo reencontro com os amigos.

Era uma manhã de terça-feira. Somente os facilitadores estavam no CAPS. Todos nós estávamos entusiasmados devido ao reencontro. Tínhamos decidido, por telefone e algumas semanas antes, em fazer o grupo com os participantes no WhatsApp. Havia muito tempo sem encontros presenciais, o medo e a incerteza permeavam. Para alguns, ainda prevalecia a ideia que o CAPS estava fechado para atendimento. O reencontro foi uma grande surpresa para o grupo e em especial para os facilitadores. Era o resultado da construção dos vínculos de afeto iniciado antes da pandemia. Eram sorrisos, falas atropeladas devido ao entusiasmo e alegria do encontro. Foi um momento cheio de felicidade materializada na fala de cada um dos participantes. Foram muitas gargalhadas.

Foi um dia que ressignificou todo o sentido do grupo. Nesse (re)encontro a droga não foi o centro das conversas. Aliás, hoje a droga não teve espaço entre nós. Prevaleceram o afeto e a alegria desse (re)encontro. (DC, setembro/2020)

Não obstante, no acompanhamento da tessitura grupal observou-se histórias preenchidas de sofrimentos oriundos do agravamento da crise financeira, do desemprego, da exclusão social proporcionada pelo contexto pandêmico. Essas histórias evidenciaram um cenário grupal de agravamento da extrema desigualdade social, expresso pelas inquietações anunciadas cotidianamente pelos sujeitos envolvidos e compartilhadas nos encontros virtuais entre eles.

O exacerbamento da desigualdade social experimentada antes pelos sujeitos envolvidos no GASM, aos poucos foi revelando as consequências para o desenvolvimento das subjetividades desses sujeitos, uma vez que tal subjetividade não está dissociada do conjunto da subsistência, ou seja, a produção de subjetividades ocorre pelo acesso à moradia, lazer, trabalho e à educação aos serviços de saúde mental e suas equipes multiprofissionais, conforme explicitado por Guljor & Amarante<sup>1</sup>:

Jerivá pediu para falar sobre os acontecimentos recentes em sua vida e iniciou contextualizando que até recentemente trabalhava em uma loja de material de construção. “Ganhava dinheiro para me sustentar e agora fui demitido na semana passada [...] me falaram que foi a crise dessa doença aí (Covid-19) [...] eu engatei muitos dias bebendo depois de muito tempo limpo”. Jerivá faz uma pausa durante sua fala e expressa sentimento de tristeza diante da situação vivenciada. Após alguns minutos retoma e conclui o seu discurso com a seguinte frase: “Eu não sei como vai ser daqui pra frente lá em casa.” (DC, janeiro/2021)

A pandemia de Covid-19 impôs restrições ao modo de funcionamento na já fragilizada RAPS. Na debilitada rede de saúde mental do Distrito Federal e diante do cenário de indisponibilidade dos encontros presenciais, o GASM na modalidade *on-line* se configurou em estratégia realista, de forma a garantir a continuidade do cuidado em saúde mental nos territórios, na conjuntura da pandemia de Covid-19.

Se, por um lado, as atividades remotas do GASM se mostraram fundamentais no acolhimento da angústia, frente ao isolamento imposto, e permitiram reafirmar a autonomia e os direitos do usuário no processo de cuidado, por outro, alguns desafios estruturais foram identificados no decorrer da execução das atividades *on-line*, dentre as quais: ausência de equipamentos adequados (computadores, telefones celulares) para o funcionamento de dispositivos em plataforma, a constante oscilação do sinal da internet, a precária estrutura física.

“Acácia compartilhou sua experiência com o grupo no contexto de isolamento. Pela tela do celular, a oscilação do sinal da internet provocou por vezes o congelamento da sua imagem na tela.” (DC, dezembro/2020)

Torna-se relevante assinalar que os limites presentes não inviabilizaram o funcionamento do grupo, devido à capacidade de reafirmar a autonomia e os direitos do usuário, porém apontaram o necessário envolvimento dos profissionais e comunidade nas lutas para a efetivação do cuidado integral. Nessa conexão indissociável entre usuário-profissional-comunidade, torna-se oportuno ressaltar que o investimento na construção coletiva, a partir do exercício de construção da autonomia e independência do usuário, tem possibilitado desenvolver ações horizontalizadas na relação entre usuários e profissionais, e destes com a comunidade, desdobrando-se na superação de estigmas e no intercâmbio de vivências como fator de amenização do sofrimento<sup>1</sup>.

Por essa perspectiva, conforme destaca Giovanella<sup>21</sup>, vale salientar que a construção de uma rede intersetorial é permanente. Logo, a articulação de ações entre os serviços de atenção psicossocial e de atenção primária à saúde mostra-se como potencializadora da reinvenção do cuidado comunitário. Torna-se evidente o forte significado do vínculo, da criação de laços de amizades e do exercício de práticas de companheirismo no enfrentamento da pandemia. Assim, pela perspectiva de produção de cuidado comunitário na lógica das relações, a formação de uma rede social de solidariedade e de práticas participativas envolvidos no GASM implicou o fortalecimento de estratégias de enfrentamento do isolamento imposto pela pandemia, e ainda trouxe para o horizonte dessas relações a possibilidade de luta por uma sociedade mais justa, mais humanizada e democrática.

As imposições sanitárias decorrentes do advento pandêmico permitiram projetar que a modalidade de interação em ambiente virtual (remota), em formato *on-line*, no atendimento individual ou em grupos, prosseguirá mesmo após a pandemia, de forma paralela com os grupos presenciais. No caso específico do GASM, o estudo realizado e as experiências vivenciadas nos grupos sugerem que os mesmos ganharam expressividade. Com isso, tem sido incentivada a criação de grupos de ajuda e suporte mútuos em diferentes contextos de atenção em saúde mental.

No contexto pós-pandêmico, as experiências desenvolvidas pelos GASM durante a pandemia de Covid-19 revelam aprendizados relevantes para a reorganização do cuidado em saúde mental nos territórios. A adaptação das atividades para formatos on-line demonstrou que os

grupos entre pares podem ampliar o acesso ao cuidado, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e de restrições à mobilidade. Além de possibilitar a continuidade do suporte emocional e do compartilhamento de experiências, os encontros virtuais favoreceram a manutenção de vínculos e redes de solidariedade entre os participantes. No período pós-pandêmico, tais estratégias configuram-se como recursos complementares às práticas presenciais, contribuindo para modelos híbridos de cuidado. Conforme Egmore et al<sup>22</sup> o suporte entre pares, inclusive em ambientes digitais, tem potencial para fortalecer processos de recuperação, ampliar o acesso a redes de apoio e reduzir barreiras relacionadas ao estigma e ao isolamento social. Assim, os aprendizados produzidos durante a pandemia podem subsidiar a ampliação de estratégias participativas e comunitárias na RAPS, reforçando o papel dos grupos de suporte mútuo como dispositivos de cuidado no período pós-pandêmico.

### **3) Desafios e contradições do GASM em contexto de contrarreforma psiquiátrica**

A implementação de GASM em contexto de disputas e projetos antagônicos na política pública de saúde mental: por um lado, o projeto pautado no paradigma da atenção psicossocial, na desinstitucionalização, na reversão do modelo assistencial de molde segregatório de forma conjugada à criação de uma rede de serviços de saúde substitutiva, base constitutiva das lutas do movimento da reforma psiquiátrica; por outro lado, o projeto privatista manicomial, pautado na hegemonia do saber psiquiátrico, na atenção hospitalocêntrica, medicamentosa, de segregação e cerceamento dos indivíduos, persistente e se fortalece no país, com as políticas de saúde da governança do austericismo e neoliberais<sup>23</sup>.

Desde meados da segunda década do século XXI, a política de saúde mental tem sofrido, no Brasil, um conjunto de retrocessos por meio de normativas do marco regulatório legal e institucional, concomitante ao processo acelerado de desfinanciamento e sucateamento dos serviços públicos substitutivos, sobrepondo os interesses da iniciativa privada e das instituições filantrópicas na área da saúde. No que se refere à política pública de saúde mental, a tendência privatista, a redução do aparelho de Estado, o aprofundamento da precarização e o sucateamento dos serviços substitutivos vêm acompanhados da retomada de antigas práticas e da incorporação de estabelecimentos obsoletos, privados e filantrópicos<sup>23</sup>.

Mais especificamente no campo da assistência aos usuários com histórico de abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas (sujeitos do estudo realizado no GASM), as mudanças

normativas empreendidas pela governança do país estão pautadas no rumo de três vertentes: caminham para direção oposta às propostas defendidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Observa-se a ampliação de instituições privadas, muitas delas de caráter religioso, que atuam no cuidado a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Esses espaços frequentemente se estruturam a partir de modelos interventivos baseados em práticas disciplinadoras, sustentadas pelo tripé: trabalho, disciplina e espiritualidade<sup>24,25</sup>. Paralelamente, mudanças nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, como a ampliação do financiamento às Comunidades Terapêuticas (CTs) e dispositivos legais que regulamentam modalidades de internação, têm reconfigurado o campo da atenção psicossocial. Pode-se mencionar, como exemplo, a promulgação da Lei 13.840/2019, que dispõe sobre internação involuntária de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, além da introdução da chamada Nova Política de Saúde Mental (Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite – CIT)<sup>25</sup>.

As diretrizes e princípios de estruturação do GASM não se coadunam com a apropriação por políticas neoliberais, e tampouco pelos retrocessos da contrarreforma em curso. A contrarreforma em curso na saúde mental, ao contrário, propicia a ampliação das desigualdades sociais, pelos próprios fundamentos de sua concepção e objeto, pois se volta às ações e serviços de saúde como bens de consumo a serem explorados segundo a ótica do capital, e não como bem comum a ser apropriado em busca da melhoria da saúde e qualidade de vida.

“A Diretoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do DF solicitou a abertura do grupo GASM com o objetivo de apoiar a população da Região Norte do DF.” (DC, março/2021)

Os espaços da GASM devem ser compreendidos, portanto, como categorias de instâncias contraditórias, em decorrência da correlação de forças opostas, presentes nas disputas em torno da política pública de saúde mental. Os defensores da reforma psiquiátrica brasileira, propositores de um modelo de atenção em saúde mental antimanicomial, não podem abrir mão dos espaços de participação e controle social e de diferentes recursos comunitários, como aqueles característicos do GASM; todavia, não se pode desconsiderar a responsabilidade do Estado no provimento do direito à saúde, pública, estatal e de qualidade.

Realça-se que os dispositivos dos GASM, conjuntamente com seus usuários, cuidadores e familiares, podem ficar expostos, nos serviços de saúde mental, a distintas formas de requisição de inspiração neoliberal, subserviente aos interesses privatistas manicomiais, ou podem ser induzidos à responsabilização dos indivíduos e famílias sobre a sua própria saúde, em vez de ter

priorizado o seu direito à saúde como cidadãos e dever do Estado. Tal requisição é ainda mais potencializada em situações em que os facilitadores trabalham de forma voluntária, sem vínculo trabalhista e remuneratório.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os principais desfechos deste estudo demonstraram que a forma de organização grupal e coletiva em receber mais integrantes, por meio da ajuda e do suporte mútuos, como dispositivo de apoio aos usuários de álcool e outras drogas no cuidado em saúde mental, especialmente no contexto da pandemia da Covid-19 foram as potencialidades apresentadas pelo GASM.

O fomento da autonomia, a participação dos sujeitos nas decisões no processo de cuidado e produção de subjetividade ativas a respeito da concepção do cuidado em saúde mental, no âmbito dos territórios, possibilitaram a criação e fortalecimento de redes de solidariedade, que se fazem presentes no tecido social dos sujeitos envolvidos. Observou-se ainda que distintas atividades virtuais no GASM favoreceram o cumprimento das recomendações sanitárias impostas pela pandemia da Covid-19, isso se estruturou também no período pós-pandêmico. A abertura para a construção de espaços de diálogo virtual foram se ampliando e incorporando sujeitos. Esses espaços de diálogo virtual se entrelaçaram na realidade vivenciada pelos participantes, e essa condição possibilitou a construção de vínculos pela via que ultrapassou a relação que o usuário estabelece com a droga.

Constatou-se também que o trabalho comunitário no grupo, por meio de ajuda e suporte mútuos, manifestou-se, tanto em metodologias quanto em princípios e ideias, como um forte fator a ser considerado pela gestão e pelas equipes de saúde mental, vistas à conformação dos PTS dos CAPSAD. Além disso, o GASM, quando fundamentado por uma abordagem territorial no cuidado em saúde mental de base antimanicomial, em diálogo com a rede especializada e com a Atenção Primária à Saúde no território contribuiu para o fortalecimento da autonomia, da emancipação cidadã, do exercício da cidadania dos usuários e familiares, sob o horizonte da implementação do projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Diante dos resultados do presente estudo, sugerem-se novas pesquisas de cunho interventivo que promovam articulação e acompanhamento de ações entre os serviços de atenção psicossocial e atenção primária à saúde, com o intuito de potencializar a reinvenção do cuidado comunitário, a investigação e compreensão de práticas de cuidado e suas contradições. É

necessário que essas práticas de cuidado dialoguem com situações nas quais os sujeitos encontrem instrumentos, ideias e estímulos para avançar em sua autonomia e protagonismo da produção do cuidado em saúde mental no cotidiano.

## REFERÊNCIAS

1. Guljor AP; Amarante P. Redes de Atenção Psicossocial: desafios do cuidado em tempos de pandemia. In: AMARANTE, Paulo (org.). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. P. 42-44.
2. Lima RC. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis*. 2020. [acesso em 2022 abr 24]; 30(2):e300214. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312020000200313&lng=pt](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000200313&lng=pt).
3. Machado AR; Almeida AL de; Moderna CM. Cuidado em Saúde Mental no SUS: desafios e invenções na atenção às crises em contexto de pandemia. In: AMARANTE, Paulo (org.). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p. 22:24.
4. Noal DS, Passos MFD, Freitas CM. (Orgs). Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Rio de Janeiro; Fiocruz 2020  
[https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/10/livro\\_saude\\_mental\\_covid19\\_Fiocruz.pdf](https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf)
5. Otsuka E. Movimentos antimanicomiais na pandemia: como estão enfrentando estes desafios? In: AMARANTE, Paulo (org.). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p. 68:71.
6. Lima, MG; Gussi, MA; Furegato, ARF. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11 (4): 197-220, dez. 2018. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2487/1943>. Acesso em: 2 mar. 2021.
7. Vasconcelos EM. Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0O0KmIf0MGzV2YxMEFtdUwyUnc/view?usp=sharing>. Acesso em: 2 mar. 2024
8. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na teoria da Produção Social da Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015. [acesso em 2022 abr 26]; 49(1):129-135. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?lang=pt>
9. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs*. v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. 94p.
10. Kastrup V, Barros R. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 76-91.

11. Minayo MCS. (org.). Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.80p.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.277p.
13. Fomiatti R, Pienaar K, Savic M, Keane H, Treloar C. Improving understandings of trauma and alcohol and other drug-related problems: A social research agenda. *Int J Drug Policy*. 2023;121:104198. doi:10.1016/j.drugpo.2023.104198
14. Panaite AC, Desroches OA, Warren É, Rouly G, Castonguay G, Boivin A. Engaging with peers to integrate community care: Knowledge synthesis and conceptual map. *Health Expect*. 2024 Apr;27(2):e14034. doi: 10.1111/hex.14034
15. Navas-Medrano S, Soler-Dominguez JL, Pons P. Mixed Reality for a collective and adaptive mental health metaverse. *Front Psychiatry*. 2024 Jan;14:1272783. Doi:10.3389/fpsy.2023.1272783
15. Passos E & Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia. (2009). *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina. 2009. p.17:31.
16. Kessl, F., & Reutlinger, C. (2026). Social space – a perspective for social work research and practice. *European Journal of Social Work*, 29(1), 215–225. <https://doi.org/10.1080/13691457.2025.2553081>
17. Kinoshita RT. O circuito dos afetos na drogadição: uma explicação alternativa para a servidão às drogas. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200787. Doi: 10.1590/interface.200787
18. Campos RTO, Val MD do. Efeito de grupos de apoio entre pares na saúde mental de estudantes da saúde. *Rev bras educ med*. 2024;48(4):e108. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.4-2023-0065>
19. Pereira Figueiredo A. Recovery and mutual help and support groups in mental health. *Rev. iberoam. psicol*. 2021 Jun. 30;14(2):86-96. Available from: <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.14209>
20. Otsuka E. Movimentos antimanicomiais na pandemia: como estão enfrentando estes desafios? In: AMARANTE, Paulo (org.). *O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados*. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p. 68:71.
21. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM de, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2020;44(spe4):161–76. Doi: 10.1590/0103-11042020E410
22. Egmoose CH, Poulsen CH, Hjorthøj C, Mundy SS, Hellström L, Nielsen MN, et al. The effectiveness of peer support in personal and clinical recovery: systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. 2023;74(8):871-880. doi:10.1176/appi.ps.202100138.
23. Mexko S, Benelli SJ. A Política Nacional de Saúde Mental brasileira: breve análise estrutural. *Em Pauta*. 2022 abr 24; 49(20):22-48. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63480>.
24. Passos RG, Gomes TM, Santo TBE. O avanço do conservadorismo no campo da saúde mental e drogas e as Comunidades terapêuticas no Estado do Rio de Janeiro: uma análise do PL 565/2019. *Em Pauta*. 2022;20(49):205-20. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63529/0>
25. Dalgarrondo P, Oda AMGR, Onocko-Campos RT, Banzato CEM. Challenges facing the psychiatric reform and mental health care in Brazil: critical unmet needs and prospects for better integrating the public and university sectors. *SSM Ment Health*. 2023;4:100262. doi:10.1016/j.ssmmh.2023.100262.

# **Impacto das infecções por coronavírus na saúde mental dos(as) enfermeiros(as) latino-americanos: revisão de literatura**

*Impact of coronavirus infections on the mental health of latin american nurses:  
a literature review*

*Impacto de las infecciones por coronavirus en la salud mental de las enfermeras  
latinoamericanas: revisión de la literatura*

**Ana Luiza Baleeiro dos Santos  
Tarcísia Castro Alves**

## **RESUMO**

Objetivo: analisar as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental de enfermeiras e enfermeiros na América Latina. Metodologia: revisão sistemática da literatura, com estudos publicados de 2019 a 2021 nas bases de dados BDENF, LILACS, MEDLINE e IBECs, selecionados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A síntese dos dados foi realizada mediante análise de conteúdo temática. Resultados: foram incluídos 20 artigos, dos quais 18 (dezoito) tinham como população-alvo exclusiva os profissionais de enfermagem e 02 (dois) abrangiam profissionais de saúde em geral. Os principais impactos identificados correlacionam-se à sobrecarga de trabalho, escassez de equipamentos de proteção e estratégias de enfrentamento insuficientes. Considerações finais: evidenciou-se que a pandemia de COVID-19 impactou severamente a saúde mental de enfermeiros e enfermeiras na América Latina, revelando a necessidade de intervenções institucionais de suporte psicológico e melhoria das condições de trabalho.

**Palavras-chave:** Infecções por coronavírus. Saúde mental. Equipe de enfermagem. Equipamento de proteção individual. Adaptação psicológica.

## **ABSTRACT**

Objective: to analyze the repercussions of the COVID-19 pandemic on the mental health of nurses in Latin America. Methodology: this is a systematic literature review of studies published from 2019 to 2021 in the BDENF, LILACS, MEDLINE, and IBECs databases, selected through the Virtual Health Library (VHL). Data synthesis was performed using thematic content analysis. Results: a total of 20 studies were included, of which 18 (eighteen) focused exclusively on nursing professionals and two (02) also included health professionals in general. The main impacts identified were related to workload, lack of protective equipment, and insufficient coping strategies. Final considerations: the findings evidenced that the COVID-19 pandemic severely impacted the mental health of nurses in Latin America, highlighting the urgent need for institutional psychological support and improved working conditions.

**Keywords:** Coronavirus infections. Mental health. Team nursing. Personal protective equipment. Psychological adaptation.

## **RESUMEN**

**Objetivo:** analizar las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de enfermeras y enfermeros en América Latina. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática de la literatura, con estudios publicados de 2019 a 2021 en las bases de datos BDNF, LILACS, MEDLINE e IBECs, seleccionados a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). La síntesis de los datos se llevó a cabo mediante un análisis de contenido temático. **Resultados:** se incluyeron 20 artículos, de los cuales 18 (dieciocho) se centraron exclusivamente en los profesionales de enfermería y dos (02) también consideraron a los profesionales de la salud en general. Los principales impactos identificados se relacionaron con la sobrecarga de trabajo, la escasez de equipos de protección y estrategias de afrontamiento insuficientes. **Consideraciones finales:** se evidenció que la pandemia de COVID-19 impactó severamente la salud mental de los profesionales de enfermería en América Latina, lo que demuestra la necesidad de intervenciones institucionales de apoyo psicológico y mejoras en las condiciones laborales.

**Palabras-clave:** Infecciones por coronavirus. Salud mental. Grupo de enfermería. Equipo de protección personal. Adaptación psicológica.

## **1 INTRODUÇÃO**

Em dezembro de 2019 a China registrou uma nova síndrome respiratória aguda provocada pelo SARS-CoV-2, um novo coronavírus com potencial altamente infeccioso<sup>1</sup>. Nos primeiros meses de 2020, surtos da doença (COVID-19) foram documentados mundialmente<sup>2</sup>, culminando na declaração de pandemia pela Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup>. Por sua rápida disseminação, a infecção gerou consequências humanas e sanitárias ainda mais difíceis de mensurar<sup>2</sup>, configurando-se como uma emergência de saúde pública internacional e um grande desafio global no gerenciamento de doenças infecciosas<sup>1,3</sup>.

Além do contexto biológico e dos sintomas físicos, as drásticas mudanças cotidianas impostas pelo enfrentamento da doença exigiram grande resiliência psicológica, gerando severos impactos individuais e psicossociais. Nesse cenário, constataram-se elevados níveis de estresse, ansiedade e depressão na população em geral. Contudo, enquanto a sociedade era estimulada a adotar o isolamento social para reduzir os riscos de contaminação, os profissionais de saúde atuavam na linha de frente. Trabalhadores da assistência direta, como médicos, técnicos e enfermeiros, enfrentam uma exposição contínua a pacientes e fluidos corporais, o que os torna substancialmente mais suscetíveis à infecção<sup>4</sup>.

Diante desse contexto, torna-se imperativo identificar os grupos com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas emocionais<sup>4</sup>. Sabe-se que o sofrimento psíquico impacta diretamente a vida e o bem-estar geral da equipe de enfermagem, sendo fundamental mapear os fatores desencadeantes desse processo. Neste estudo, o constructo de sofrimento psíquico aplicado ao enfermeiro transcende a mera identificação de sinais e sintomas clínicos; busca-se compreender as relações que justificam a experiência de existência-sofrimento desse trabalho, considerando-o imerso em um contexto de extrema vulnerabilidade em suas dimensões sociais, laborais e familiares<sup>5</sup>.

Na América Latina, esse conjunto de contínua exposição exige elucidações sobre as repercussões geradas na saúde mental desses profissionais, sobretudo ao considerar como um fenômeno sanitário de grande magnitude interfere na subjetividade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da categoria. A partir dessas premissas, questiona-se: Como a pandemia de COVID-19 tem impactado a saúde mental de enfermeiras e enfermeiros na América Latina? Para responder a essa lacuna, o objetivo deste estudo é analisar as repercussões da pandemia de COVI-19 na saúde mental de enfermeiros e enfermeiras na América Latina.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, delineada para responder à questão norteadora deste estudo. A revisão sistemática configura-se como um modelo de investigação dotado de rigor metodológico estrito, o qual utiliza dados secundários provenientes de estudos originais publicados previamente<sup>6</sup>. Por se tratar de um delineamento eminentemente retrospectivo, sistematizado e de organização estruturada, esse método apoia-se em buscas em bases de dados eletrônicas, minimizando a ocorrência de vieses de seleção e aferição. A condução deste estudo fundamentou-se nesses pressupostos, estruturando-se em etapas consecutivas que garantem a transparência e a reprodutibilidade do processo de busca, seleção, extração e síntese dos dados.

A busca pelos manuscritos foi realizada por meio do portal da Biblioteca Virtual em saúde (BVS), que engloba o levantamento simultâneo nas seguintes bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS).

Para a operacionalização da busca, foram selecionados descritores controlados validados no vocabulário estruturado DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da

Saúde/*Medical Subject Headings*). A estratégia foi estruturada a partir do cruzamento de três blocos temáticos principais (População, Exposição e Desfecho), utilizando os operadores booleanos AND (para intersecção entre blocos) e OR (para inclusão de sinônimos e variações idiomáticas). As chaves de busca estruturadas nos três idiomas (português, inglês e espanhol) foram: Português: (“Equipe de Enfermagem” OR “Profissionais de Enfermagem” OR “Enfermagem”) AND (“Infecções por Coronavírus” OR “COVID-19”) AND (“Saúde Mental” OR “Adaptação Psicológica”) AND (“Equipamento de Proteção Individual” OR “Equipamento de proteção pessoal”). Inglês: (“Tem nursing” OR “Nursing Staff” OR “Nursing”) AND (“Coronavirus Infections” OR “COVID-19”) AND (“Mental Health” OR “Psychological Adaptation”) AND (“Personal Protective Equipment”). Espanhol: (“Grupo de enfermería” OR “Personal de Enfermería” OR “Enfermería”) AND (“Infecciones por Coronavirus” OR “COVID-19”) AND (“Salud Mental” OR “Adaptación Psicológica”) AND (“Equipo de Protección Personal”).

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais publicados no período de dezembro de 2019 a dezembro de 2021; nos idiomas português, inglês e espanhol; disponíveis na íntegra de forma gratuita e que respondessem diretamente ao objetivo do estudo. Foram excluídos estudos editoriais, cartas ao editor, revisões de literatura, notas prévias, produções duplicadas nas bases de dados e manuscritos que não estivessem alinhados à temática central investigada. O processo detalhado de seleção dos artigos, desde a identificação inicial até a inclusão da amostra final, está ilustrado no Fluxograma (Figura 1).

A caracterização e extração dos dados das publicações elegíveis foram realizadas com o auxílio de um formulário de coleta, elaborado previamente pelos autores, contendo as seguintes variáveis: autores, ano de publicação, país de origem, delineamento metodológico, população do estudo, principais impactos na saúde mental e estratégias de enfrentamento identificadas.

A sistematização e análise do material selecionado fundamentaram-se na Análise de Conteúdo Temática. Esse método de análise seguiu rigorosamente três etapas cronológicas:

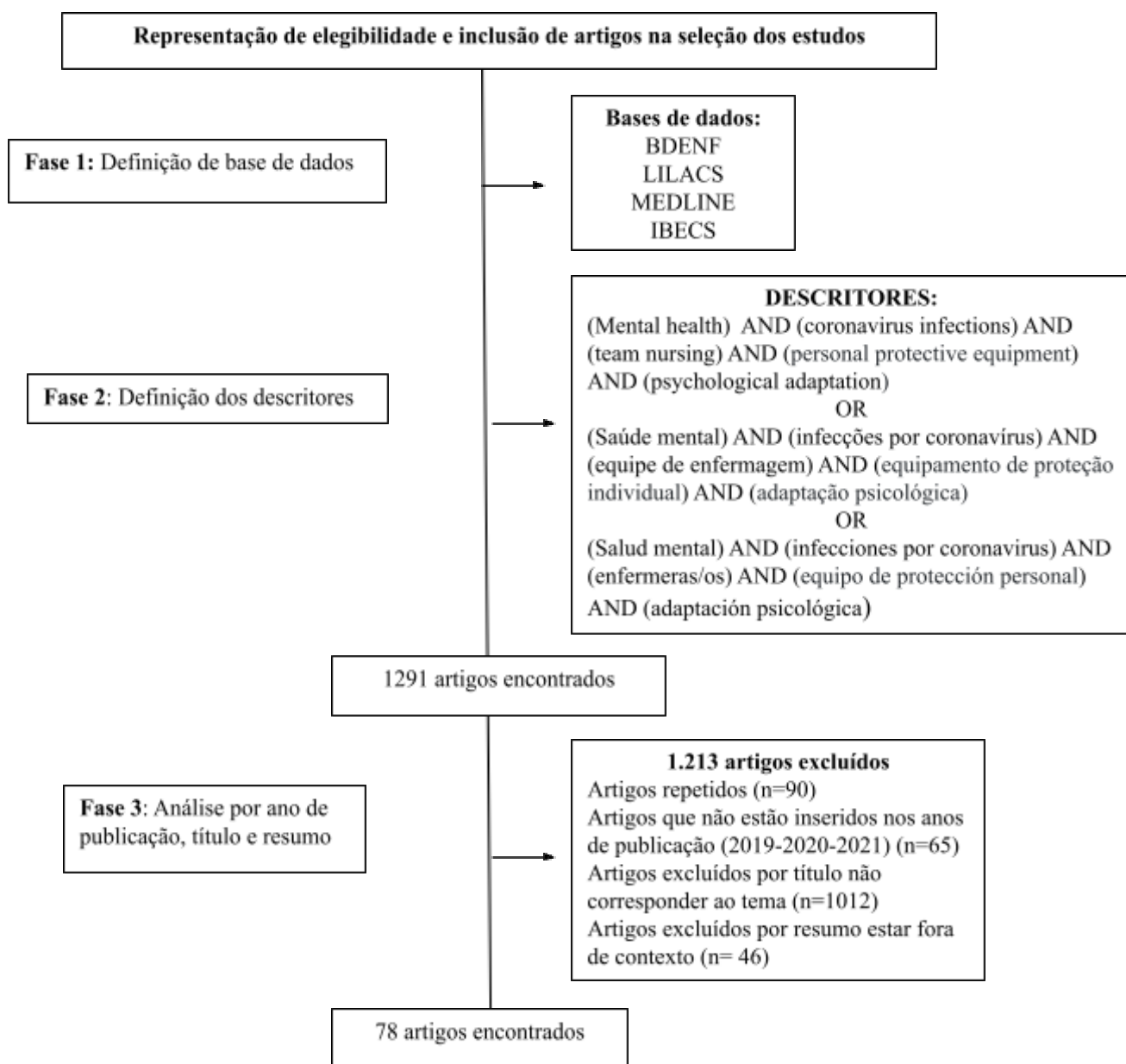
Pré-análise: fase dedicada à leitura flutuante do corpus textual dos artigos selecionados, organização do material e verificação dos critérios de homogeneidade e exaustividade;

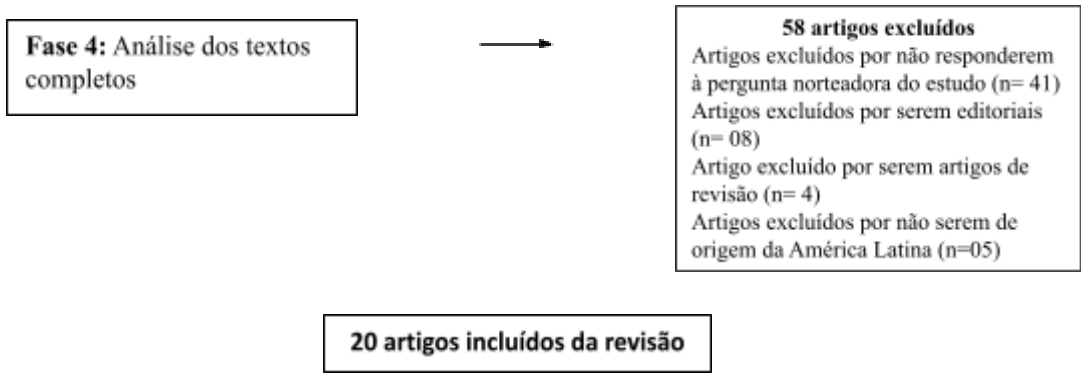
Exploração do material: realização das operações de codificação e decomposição do texto em unidades de registro (frases ou parágrafos centrais) e, posteriormente, a classificação e agregação dessas unidades em categorias temáticas emergentes;

Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: etapa em que os dados categorizados foram submetidos a reflexões teóricas críticas à luz da literatura científica pertinente, permitindo o desvelamento do fenômeno investigado e a subsequente redação dos resultados e discussão.

Por se tratar de uma revisão sistemática da literatura, desenvolvida exclusivamente com dados secundários de domínio público e sem intervenção direta com seres humanos, este estudo prescinde de apreciação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com as resoluções vigentes de ética na pesquisa.

Figura 01 – Fluxograma com a representação de elegibilidade e inclusão de artigos na seleção dos estudos.





Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

### 3 RESULTADOS

Foram identificados 1.291 (um mil duzentos e noventa e um) artigos utilizando-se os critérios de busca definidos: 1.066 (um mil e sessenta e seis) na MEDLINE, 118 (cento e dezoito) na LILACS, 96 (noventa e seis) na BDNF e 04 (quatro) na IBECs. Seguiu-se, então, com a leitura dos títulos e resumos para realizar a pré-seleção a partir dos critérios de inclusão estabelecidos, resultando num total de 78 (setenta e oito) estudos. Estabelecidos esses critérios de inclusão, algumas subdivisões foram propostas para o alcance dos 78 (setenta e oito) estudos: Foram 90 (noventa) artigos excluídos por serem repetidos, 65 (sessenta e cinco) artigos excluídos por não estarem inseridos nos anos de publicação (2019, 2020 e 2021), 1.012 (um mil e doze) artigos excluídos por título não corresponder ao tema e 46 (quarenta e seis) artigos excluídos por resumo estar fora de contexto, portanto, sendo excluído um total de 1.213 (um mil duzentos e treze) artigos e totalizando 78 (setenta e oito) para próxima análise.

Os 78 (setenta e oito) artigos foram lidos na íntegra e, destes, foram excluídos 58 (cinquenta e oito) estudos, destes 41 (quarenta e um) não responderam à pergunta norteadora do estudo, 08 (oito) eram editoriais, 05 (cinco) não eram de origem da América Latina e 04 (quatro) eram artigos de revisão. Assim, 20 (vinte) artigos foram incluídos no presente estudo e estão organizados a partir de seu delineamento metodológico. Foram encontrados 06 (seis) artigos de cunho teórico reflexivo, 04 (quatro) artigos com abordagem qualitativa, 03 (três) estudos transversais, 02 (dois) relatos de experiência, 02 (duas) pesquisas de caráter descritivo, 01 (uma) revisão narrativa, 01 (um) estudo seccional do tipo *web survey* (Quadro 01).

Dentre todos os artigos analisados, 10 (dez) foram publicados em 2020<sup>9-10,12-13,15,19,23-26</sup> e 10(dez) foram publicados em 2021<sup>7-8,11,14,16-18,20-22</sup>. A maioria dos estudos encontrados foi proveniente do Brasil, 17 (dezesete) artigos<sup>7-23</sup>. Houve 01 (uma) publicação no Equador<sup>24</sup>, 01(uma) publicação correspondente ao Brasil, Colômbia e Equador<sup>26</sup> e 01 (uma) publicação correspondente à América Latina<sup>25</sup>. Esses dados indicaram que a produção é recente e que se localizam na porção geográfica correspondente à América Latina.

No presente trabalho, 18 (dezoito) estudos tiveram uma população-alvo voltada aos profissionais de enfermagem<sup>7-24</sup> e 02 (dois) estudos consideraram também profissionais de saúde em geral<sup>25-26</sup>. Além disso, os estudos avaliados consideraram também como alvo a saúde mental dos envolvidos, em um contexto de pandemia de COVID-19.

**Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados na revisão sistemática. América Latina, 2022.**

<b>Autor(es)/ano</b>	<b>Título</b>	<b>Revista</b>	<b>Método</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Maria de Lourdes Custódio Duarte et al. 2021 <sup>7</sup>	Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo teórico-reflexivo baseado na formulação discursiva acerca da temática, sustentado pela literatura científica nacional e internacional e análise crítica dos autores.	Refletir sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem no contexto na pandemia de coronavírus.	Os estudos analisados, somados à prática assistencial, têm evidenciado que os profissionais de enfermagem são suscetíveis à exacerbação de sintomas como depressão, ansiedade, insônia, angústia, estresse, em meio à pandemia de coronavírus, tendo em vista os turnos exaustivos de trabalho, a morte de pacientes, risco de auto contaminação e de seus familiares e isolamento social.
Fabício Bezerra Eleres et al. 2021 <sup>8</sup>	A infecção por coronavírus chegou ao Brasil, e agora? Emoções de enfermeiras e enfermeiros	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.	Investigar as emoções de enfermeiras e enfermeiros acerca da infecção por coronavírus (COVID-19).	Os discursos revelaram emoções como: ansiedade, cansaço, medo, insegurança, angústia e dor emocional. Contudo, o aparecimento de palavras como “tranquilidade” e “bem-estar” ressaltam conforto, superação e esperança.
Edmar Aparecido de Barra e Lopes 2020 <sup>9</sup>	Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de Covid-19	Cadernos de Psicologia Social do Trabalho	Método de investigação do tipo qualitativo. A metodologia escolhida para precisarmos e compreendermos as principais temporalidades do cotidiano de trabalho desses sujeitos foi a história oral.	Buscamos compreender as vivências em ambiente de trabalho de enfermeiros e enfermeiras que atuam desde o início da pandemia de Covid-19 ( <i>Coronavirus Disease 2019</i> ) em dois hospitais públicos de Goiânia, referências no atendimento a indivíduos vitimados pela doença em questão.	Destacamos que a realização das entrevistas teve como pano de fundo um contexto de aprofundamento da precarização e da flexibilização das condições e relações de trabalho desses profissionais, associadas ao vertiginoso aumento do número de casos e óbitos entre esses. Com base na história oral temática, constatamos que esses profissionais – embora essenciais

					no enfrentamento à pandemia – se encontram atualmente ainda mais vulnerabilizados, individual e coletivamente.
Fernanda Moura D’Almeida Miranda et al. 2020 <sup>10</sup>	Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a covid-19	Cogitare Enfermagem	Metodologia reflexiva. Reflexão crítica sobre as condições de trabalho no enfrentamento ao novo coronavírus e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem.	Refletir sobre as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento ao novo coronavírus e apontar o impacto na vida desses profissionais em meio à pandemia.	As fragilidades encontradas no cotidiano laboral dos profissionais de enfermagem são descritas pela literatura nacional e internacional, nas quais estão incluídas as más condições de trabalho, sobrecarga física e mental, baixa remuneração e ausência de Equipamentos de Proteção Individual adequados para o enfrentamento desse agravo.
Fernanda Berchelli Girão Miranda et al. 2021 <sup>11</sup>	Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review	Escola Anna Nery	<i>Scoping Review</i> conforme <i>Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual for Scoping Reviews e PRISMA-ScR</i> .	Mapear sistematicamente a produção de conhecimento, com a literatura nacional e internacional, de situações de sofrimento psíquico que os profissionais de enfermagem vivenciam quando expostos à pandemia da COVID-19.	As situações de sofrimento psíquico mais relatadas relacionaram-se à sobrecarga de trabalho, escassez ou ausência de equipamento de proteção individual, medo de se infectar, infectar outras pessoas e estar na linha de frente junto a pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19.
Amanda Sorce Moreira; Sérgio Roberto de Lucca. 2020 <sup>12</sup>	Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à covid-19	Enferm. Foco	Trata-se de uma revisão narrativa de análise dos conteúdos técnico-científicos produzidos em diferentes países acerca dos profissionais de enfermagem no âmbito da pandemia.	Descrever e discutir a atuação dos profissionais de enfermagem, sua exposição aos fatores de risco no trabalho e a importância do apoio psicossocial na pandemia da COVID-19.	Os profissionais de enfermagem estão na linha de frente no combate à COVID-19 e expostos a maior risco de contaminação devido à escassez de recursos, como a falta de equipamentos de proteção individual. Os afastamentos dos colegas contaminados, as altas demandas, a escassez de materiais, o medo de ser contaminado e a falta de apoio psicossocial sobrecarregam esses profissionais e causa estresse e pode desencadear esgotamento físico e psíquico.

<p>Eliany Nazaré Oliveira et al.</p> <p>2020<sup>13</sup></p>	<p>Projeto vida em quarentena: estratégia para promoção da saúde mental de enfermeiros diante da covid-19</p>	<p>Enferm. Foco</p>	<p>Relato de experiência do projeto Vida em Quarentena: Saúde Mental em Foco.</p>	<p>Relatar a experiência no desenvolvimento do projeto de extensão “Vida em Quarentena” com uma estratégia para promoção da saúde mental de enfermeiros atuantes na linha de frente do combate à COVID-19.</p>	<p>O projeto desenvolve atividades, como lives e postagens com temas pertinentes a saúde mental na quarentena, e vídeos com depoimentos dos participantes. Os profissionais da enfermagem demonstraram instabilidade emocional; altruísmo; apelo à população; crença na ciência; fé e esperança e medo da contaminação, além de formas de adaptação e de superação dos problemas instalados com mecanismos para vivenciar a situação.</p>
<p>Aline Macêdo Queiroz et al.</p> <p>2021<sup>14</sup></p>	<p>O ‘NOVO’ da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem?</p>	<p>Acta Paul Enferm</p>	<p>Recorte qualitativo, da macropesquisa “Estudo VidaMenta/Covid-19”, realizado com 719 profissionais de Enfermagem residentes no Brasil. Para a análise metodológica utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo e para interpretação teórica e filosófica recorreu-se a elementos do Interacionismo Simbólico.</p>	<p>Apreender os impactos na saúde mental de profissionais de Enfermagem face às interações com o ‘novo’ da pandemia da Covid-19.</p>	<p>O discurso coletivo evidenciou que a saúde mental de profissionais de Enfermagem foi afetada pelas: interações com o ‘novo’ com elaboração de significados atribuídos à pandemia; interações com o cuidado de Enfermagem relacionadas com os atendimentos aos pacientes; e interações com o trabalho demarcadas pelas relações profissionais e institucionais.</p>
<p>Aline Marcelino Ramos-Toescher et al.</p> <p>2020<sup>15</sup></p>	<p>Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio</p>	<p>Escola Anna Nery</p>	<p>Artigo reflexivo, produzido com base na formulação discursiva acerca da saúde mental dos profissionais de enfermagem frente à pandemia de coronavírus.</p>	<p>Refletir sobre as implicações da pandemia de coronavírus na saúde mental dos profissionais de enfermagem e os principais recursos de apoio em desenvolvimento.</p>	<p>Em resposta à pandemia, uma crise em saúde mental pode estar a ocorrer entre os profissionais de enfermagem. Por estarem, diretamente, ligados ao atendimento de casos do novo coronavírus, experienciam situações estressoras, adicionais</p>







					àquelas já vivenciadas nos serviços de saúde, incluindo preocupações, medo e insegurança com a saúde de si e da população. Como resultado, foi possível refletir acerca das principais implicações da pandemia para os profissionais de enfermagem e os principais recursos de apoio em desenvolvimento, especialmente relacionados à identificação e manejo de situações estressantes.
Katarina Márcia Rodrigues dos Santos et al. 2021 <sup>16</sup>	Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19	Escola Anna Nery	Estudo seccional do tipo <i>web survey</i> , com 490 com profissionais de enfermagem dos serviços de média e alta complexidade em um estado do nordeste do Brasil.	Analisar a prevalência de sintomas depressão, ansiedade e fatores associados em profissionais da equipe de enfermagem durante a pandemia da Covid-19.	A ocorrência de sintomas sugestivos de transtornos mentais (ansiedade e depressão) estava relacionada a profissionais de enfermagem do sexo feminino, cor ou raça parda, com renda mensal inferior a 5 salários mínimos que trabalhavam no setor privado, ter sintomas de Síndrome de <i>Burnout</i> e morar com os pais. As ocorrências foram mais acentuadas quando os serviços não apresentavam condições adequadas de trabalho, em especial para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.
Claudete Aparecida Conz et al. 2021 <sup>17</sup>	Atuação de enfermeiros em hospital de campanha voltada a pacientes com Covid-19	Revista Gaúcha de Enfermagem	Pesquisa qualitativa fundamentada pela fenomenologia social de Alfred Schütz. Entrevistaram-se 20 enfermeiros atuantes em São Paulo, Brasil, entre maio e junho de 2020.	Compreender a atuação do enfermeiro em hospitais de campanha voltada a pacientes com Covid-19.	Emergiram as categorias: “Desafios do enfermeiro no atendimento em hospital de campanha”, “Visibilidade da enfermagem no cenário da pandemia da Covid-19” e “Valorização profissional pós-pandemia da Covid-19”.

Fonte: Elaborado pelos autores

## 4 DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a categorização dos achados em três eixos temáticos interdependentes que desvelam as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem na América Latina: (a) As afetações e os afetos; (b) Entraves, avanços e estratégias de enfrentamento; e (c) Visibilidade, protagonismo e valorização profissional.

### 4.1 As afetações e os afetos trazidos pela pandemia COVID 19

O cenário pandêmico deflagrou uma crise psicológica imediata na enfermagem, sendo esta, caracterizada por instabilidade emocional, ansiedade, medo do contágio, insônia e angústia face às incertezas científicas e assistenciais<sup>7-8,12-13,15</sup>. Esta sintomatologia não deve ser lida de forma isolada, mas sim como uma resposta crônica a estressores ocupacionais severos. A exposição contínua ao sofrimento do outro e o risco iminente de infecção atuaram como gatilhos para o desenvolvimento de sofrimento psíquico substancial, culminando em elevadas taxas de depressão, transtorno de pânico, *Burnout* e crises de identidade profissional<sup>11</sup>.

Historicamente, a enfermagem ocupa o papel de maior proximidade física e temporal no cuidado ao paciente, o que, durante a pandemia, traduziu-se em uma sobrecarga de pressão psicológica sem precedentes<sup>11</sup>. Ademais, o sofrimento mental desses profissionais é indissociável dos determinantes sociais de saúde e das desigualdades estruturais. Evidenciou-se um perfil de maior vulnerabilidade, composto majoritariamente por profissionais do sexo feminino, de cor ou raça parda, com renda mensal inferior a cinco salários mínimos e que residiam com os pais<sup>16</sup>.

Esse recorte de gênero e raça reflete a divisão social do trabalho na saúde, em que as mulheres pardas e pretas ocupam posições de menor remuneração e maior desgaste na pirâmide assistencial. O impasse de lidar com o risco de contaminação cruzada e a possibilidade real de disseminar o vírus para familiares vulneráveis no próprio domicílio amplificou significativamente o sofrimento ético e a ansiedade basal dessa população<sup>16</sup>.

Essa vulnerabilidade foi assimetricamente distribuída conforme a natureza jurídica das instituições. Profissionais atuantes no setor público relataram sentir-se menos preparados, com menor acesso a treinamentos atualizados e sob escassez crônica de protocolos institucionais quando comparados aos do setor privado. Na América Latina, esse panorama reflete o histórico subfinanciamento do sistema público de saúde, onde as barreiras

macroeconômicas e geopolíticas limitaram a aquisição de recursos tecnológicos e terapêuticos essenciais, fragilizando a segurança laboral<sup>16,26</sup>. Assim, os trabalhadores viram-se vulnerabilizados tanto em sua dimensão individual quanto coletiva, ressignificando a pandemia a partir de uma experiência de desamparo institucional<sup>9,19</sup>.

Nesse sentido, a pandemia configurou-se como uma crise multidimensional que tencionou não apenas os aspectos físicos e emocionais, mas também as esferas espiritual, familiar, social, política e econômica dos indivíduos. Trata-se de um fenômeno que a literatura contemporânea caracteriza como uma crise humanitária complexa, a qual não pode ser dirimida por abordagens puramente biomédicas, exigindo um modelo de cuidado integral e multidimensional<sup>9,14,19</sup>.

Sob essa dialética, mesmo diante do trabalho extenuante e do perigo de morte, a enfermagem manteve o compromisso humanístico e o dever ético em suas condutas<sup>24</sup>. Apesar do esgotamento, identificou-se a mobilização de recursos internos como a fé, a esperança, o altruísmo e a crença no progresso científico. Esses construtos operaram como fatores de proteção psicológica e estratégias de enfrentamento focadas na emoção, permitindo aos profissionais ressignificar o cotidiano laboral e desenvolver resiliência adaptativa frente ao estresse crônico<sup>8,18</sup>. Contudo, a literatura internacional<sup>27</sup> alerta para o risco de instrumentalizar a resiliência individual para mascarar a negligência governamental. Embora os mecanismos de adaptação existam, a categoria carece de suporte estrutural e psicossocial sistemático para o exercício seguro de suas funções<sup>28</sup>.

#### **4.2 Entraves e avanços construídos pelo momento pandêmico e os enfrentamentos**

Os entraves estruturais vivenciados pela enfermagem latino-americana representam a cronificação de problemas históricos de precarização do trabalho. A vulnerabilidade dos profissionais foi intensificada pela baixa remuneração, sobrecarga física e mental, jornadas de trabalho prolongadas e, criticamente, pela escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), elevando as taxas de morbimortalidade na categoria<sup>9-11,16,23</sup>.

Para os enfermeiros gestores, o cenário impôs o desafio de gerenciar o colapso assistencial sob severas limitações organizacionais. A escassez de recursos humanos, potencializada pelo elevado índice de absenteísmo devido ao afastamento de profissionais contaminados, gerou um dimensionamento de pessoal inadequado, sobrecarregando a equipe remanescente e comprometendo a segurança do paciente e do trabalhador<sup>16,20,24</sup>.

O sofrimento psíquico associado ao trabalho foi agravado pelo desgaste físico decorrente do uso prolongado de EPI. A paramentação pesada e imperfeita impôs calor excessivo, restrição para hidratação básica e adiamento de necessidades fisiológicas primárias, além de provocar lesões por pressão em regiões faciais<sup>18,24</sup>. Esse cenário de sofrimento somato-psíquico evidencia que o EPI, embora biologicamente protetor, operou como uma barreira física ao bem-estar, mimetizando um ambiente de confinamento laboratorial. Torna-se evidente a urgência de apoio institucional e de redes de suporte que assegurem um ambiente de prática profissional seguro e humanizado na América Latina<sup>12,24,25</sup>.

Como avanços e estratégias de mitigação desse cenário, observou-se a mobilização da sociedade civil e das instituições por meio de ferramentas digitais. A criação de lives e postagens em mídias sociais focadas na saúde mental serviu como canal de psicoeducação e acolhimento para indivíduos em quarentena e profissionais isolados<sup>13</sup>.

Paralelamente, o lançamento global da Campanha *Nursing Now* em 2020 configurou-se como um marco político para a visibilidade da categoria, funcionando como um chamado internacional para a proteção e valorização dos profissionais na linha de frente<sup>13,18</sup>. Essa articulação reforçou o papel da educação em saúde como ferramenta de emancipação e mitigação de riscos coletivos em saúde pública.

#### **4.3 Visibilidade e valorização trazida pela Pandemia aos profissionais de enfermagem**

A pandemia deslocou a enfermagem para o centro do debate público global, conferindo à classe uma visibilidade social sem precedentes históricos. Todavia, esse protagonismo revelou-se ambivalente. Se por um lado houve rápida inserção no mercado de trabalho, por outro, a atuação em hospitais de campanha impôs desafios severos, sobretudo para profissionais recém-formados, lançados à assistência de alta complexidade sem a devida experiência ou suporte de transição, gerando sentimentos intensificados de insegurança e desamparo<sup>7,11</sup>.

A categoria também enfrentou o paradoxo do estigma social. Ao mesmo tempo em que eram rotulados como "heróis", os profissionais vivenciavam o preconceito comunitário e o isolamento compulsório por parte de pessoas que temiam o contágio, o que gerou um profundo abalo emocional. Sob a ótica do crescimento pessoal, contudo, os enfermeiros destacaram que a participação ativa no controle da maior crise sanitária do século representou uma oportunidade única de desenvolvimento de competências e consolidação de sua identidade histórica<sup>7,11,17</sup>.

Profissionais de enfermagem afirmam que a pandemia traz uma maior valorização da enfermagem, somadas também a uma maior demanda, o que revela uma maior percepção da sociedade da importância que a enfermagem tem para o cuidado das pessoas. A partir desse reconhecimento, os profissionais de enfermagem referem estar orgulhosos, pelo respeito e significância diante do cenário e pontuam ter capacidade e fundamento teórico para qualquer tipo de situação, e em hospitais de campanha, percebem maior autonomia no cumprimento de seus deveres<sup>17-18,20</sup>.

Esse reconhecimento social impulsionou o orgulho profissional, o resgate da autonomia e a percepção da enfermagem como uma ciência autônoma, fundamentada em bases teóricas sólidas e com capacidade de liderar a gestão do cuidado em situações críticas e hospitais de campanha<sup>17-18,20</sup>. No entanto, há uma dissonância evidente entre a visibilidade midiática e a valorização concreta. A enfermagem clama por estratégias permanentes de cuidado voltadas para si, incluindo suporte psicológico contínuo e a garantia de direitos materiais: salários dignos, pisos salariais regulamentados e infraestrutura institucional que assegure conforto e segurança laboral<sup>14-15,17-18</sup>.

A liderança ocupada pela enfermagem consolidou o seu protagonismo na equipe multiprofissional. Por coordenar diretamente à beira do leito e estabelecer os fluxos organizacionais e operacionais das unidades de saúde, a classe assumiu uma posição central de gerenciamento clínico, com caráter incisivo e eficaz<sup>20</sup>. Esse protagonismo expressou-se na superação de barreiras comportamentais, psíquicas e estruturais, priorizando a sobrevivência coletiva mesmo sob risco de vida<sup>13,17</sup>.

Essa atuação de excelência garantiu eco nas mídias sociais e nos setores público e privado, redefinindo a imagem social da profissão perante a população em geral<sup>18,20</sup>. O período pandêmico deixa como legado a urgência em transformar o aplauso social em políticas públicas efetivas de valorização profissional, sintonizadas com a alta densidade de responsabilidade técnica exercida pela categoria.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há concordância nos estudos que a pandemia de infecções por coronavírus gerou impactos na saúde mental de enfermeiros e enfermeiras na América Latina. O adoecimento gerado pela pandemia submeteu os profissionais de enfermagem a posições desafiadoras no exercício do cuidado, visto que a covid-19 afetava não só uma grande parcela da sociedade em geral, como também os seus cuidadores.

Desvendou-se uma precarização do trabalho, bem como déficits estruturais e deficiência de recursos humanos. Esses aspectos levantam a necessidade de um olhar atento à organização do trabalho e à reformulação das leis trabalhistas, de modo que garantam dignidade à classe trabalhadora em questão.

A partir deste estudo, observou-se a necessidade de cuidado e acolhimento em saúde mental para os profissionais de enfermagem. Medidas estas que competem às entidades governamentais, a população em geral e a própria categoria, mediante respeito e reverência. Zelar pela saúde psíquica da enfermagem é uma necessidade prioritária, na premissa de ser esta a classe que cuida de todas as outras.

## REFERÊNCIAS

1. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, Souza T, Medeiros AA, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. *Escola Anna Nery*. 2021;25:e20200370. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDc6hp/?format=html&lang=pt>
2. Oliveira WA, Oliveira-Cardoso EA, Silva JL, Santos MA. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37:e200066. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/ZMN96H6CP5t3MpmYFSrNXPM/abstract/?lang=pt>
3. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37:e200063. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWong/?lang=pt>
4. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JCM. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(4):e00063520. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esp/a/w4b7SQrVXtq3DjFbns64pCw/?format=html&lang=en>
5. Miranda FBG, Yamamura M, Pereira SS, Pereira CS, Protti-Zanatta ST, Costa MK, Zerbetto SR. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: scoping review. *Escola Anna Nery*. 2021;25:e20200363. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150408>
6. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(1):83-89. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfi/a/79nG9Vvk3syHhnSgY7VsB6jG/?lang=pt>
7. Duarte MLC, Silva DG, Bagatini MMC. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021;42(spe):e20200140. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MnRHwqvgq3kTrHQ3JPSLR7H/?format=html&lang=en>
8. Eleres FB, Abreu RNDC, Magalhães FJ, Rolim KMC, Cestari VRF, Moreira TMM. Coronavirus infection has reached Brazil, what now? Nurses' emotions. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(Suppl 1):e20201154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/55WpBZkXtdDFTK5wnOMqxxw/abstract/?lang=pt>
9. Lopes EAB. Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de COVID-19. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2020;23(2):218-235. Disponível em: [https://revistas.usp.br/cpst/pt\\_BR/article/view/172389](https://revistas.usp.br/cpst/pt_BR/article/view/172389)

10. Miranda FMA, Santana L de L, Pizzolato AC, Saquis LMM. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente à COVID-19. *Cogitare Enfermagem*. 2020;25. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>
11. Miranda FBG, Yamamura M, Pereira SS, Pereira CS, Protti-Zanatta ST, Costa MK, Zerbetto SR. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: scoping review. *Escola Anna Nery*. 2021;25(spe):e20200363. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zDI3GbRydMdVkhCR7P4xpxL/?lang=pt>
12. Moreira AS, Lucca SR. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à COVID-19. *Enfermagem em Foco*. 2020;11(1Esp):155-161. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3590>
13. Oliveira EN, Costa MAS, Marques NS, Lomeo RC, Nascimento PIFV, Rodrigues CS, Andrade CSG, Moreira RMM. Projeto de vida em quarentena: estratégia para promoção da saúde mental de enfermeiros diante da COVID-19. *Enfermagem em Foco*. 2020;11(1Esp):162-167. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/3741/820>
14. Queiroz AM, Sousa AR, Moreira WC, Nóbrega MP, Santos MB, Barbosa LJ, et al. O ‘novo’ da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/OGVBNDKMpTrkYf6RRJ6ZRDC/abstract/?lang=pt>
15. Ramos-Toescher AM, Tomaschewisk-Barlem JG, Barlem ELD, Castanheira JS, Toescher RL. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. *Escola Anna Nery*. 2020;24(spe):e20200276. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HwhCLFJwBRv9MdDqWCw6kmy/abstract/?lang=pt>
16. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. *Escola Anna Nery*. 2021;25(spe):e20200370. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDC6hp/?format=html&lang=pt>
17. Conz CA, Braga VAS, Reis HH, Silva S, Jesus MCP, Merighi MAB. Atuação de enfermeiros em hospital de campanha voltada a pacientes com COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021;42(spe):e20200378. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Pn8qSFr9nhCcJtqTLMqw9JJ/?lang=pt>
18. Oliveira KKD, Freitas RJM, Araújo JL, Gomes JGN. NursingNow e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021;42(spe):e20200120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qHtdSSQTsfqbzjSQjPPgtB/abstract/?lang=pt>
19. Backes MTS, Carvalho KM, Santos EKA, Backes DS. New coronavirus: what does nursing have to learn and teach in times of a pandemic? *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(Suppl 2):e20200259. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8gnFNHnp36W6mWBjzHqWzYb/abstract/?lang=pt>
20. Fernandes da Silva VGF, Silva BN, Pinto ESG, Menezes RMP. The nurse’s work in the context of COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(Suppl 1):e20200594. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MH4Yct9PWtGJFqySZ4jSYDB/abstract/?lang=pt>
21. Souza JB, Vendruscolo C, Maestri E, Bitencourt JVOV, Brum CN, Luzardo AR. Círculo de cultura virtual: promovendo a saúde de enfermeiros no enfrentamento da COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021;42(spe):e20200158. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4bZ935DNsNmZvRmNWTv9Dtx/abstract/?lang=pt>
22. Moreira GCD, Furegato ARF. Relaciones, sentimientos y emociones expresadas en informes virtuales de enfermeras en la pandemia COVID-19. *Horiz Enferm*. 2021;32(1):41-54. Disponível em: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/27997>
23. Nascimento VF, Hattori TY, Terças-Trettel ACP. Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil. *Humanidades Médicas*. 2020;20(2):312-333. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116227>.

24. Franco JA, Levi PA. Feelings, stress, and adaptation strategies of nurses against COVID-19 in Guayaquil. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2020;38(3):e07. Disponible em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33306897/>
25. Delgado D, Quintana FW, Perez G, Liprandi AS, Ponte-Negretti C, Mendoza I, Baranchuk A. Personal safety during the COVID-19 pandemic: realities and perspectives of healthcare workers in Latin America. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2798. Disponible em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2798>
26. Martín-Delgado J, Viteri E, Mula A, Serpa P, Pacheco G, Prada D, et al. Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: a cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242185. Disponible em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242185>
27. Masterman CJ. COVID-19 tort reform. *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*. 2024;34(1):133. Disponible em: <https://scholarlycommons.law.case.edu/healthmatrix/vol34/iss1/8>
28. Impacto de COVID-19 en la salud mental de los profesionales de enfermería. *RSD Journal* [Internet]. 2023 Jun 5 [cited 2026 May 19];12(6):e4112641913. Disponible em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/41913>

# **Avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem: estudo transversal em um Hospital filantrópico na Zona da Mata Mineira**

*Assessment of the quality of life of nursing professionals: cross-sectional study  
in a philanthropic hospital in Zona da Mata Mineira*

*Evaluación de la calidad de vida de profesionales de enfermería: estudio  
transversal en un hospital filantrópico de la Zona da Mata Mineira*

**Ana Caroline da Silva<sup>1</sup>**

**Gisele Aparecida Fófano<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Juiz de fora (UFJF) | [carolenf2001@gmail.com](mailto:carolenf2001@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Juiz de fora (UFJF) | [giselefofano@gmail.com](mailto:giselefofano@gmail.com)

## **RESUMO**

A qualidade de vida dos profissionais de saúde tem sido amplamente estudada nos últimos anos, uma vez que sua ausência pode impactar diretamente na prestação de cuidados aos pacientes. O objetivo da pesquisa é analisar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em um Hospital filantrópico da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de natureza transversal realizado no primeiro semestre de 2024. O instrumento para a realização da coleta de dados foi o “WHOQOL-bref”. A amostra foi composta por 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem de um hospital filantrópico localizado na região da Zona da Mata Mineira. O gênero feminino prevaleceu e a maioria dos profissionais entrevistados têm apenas o nível técnico. Em relação aos Domínios da QV dos profissionais de enfermagem, apuraram-se os resultados: domínio físico com uma média de 68,42%, domínio psicológico 71,51%, relações sociais 74,12% e meio ambiente 60,27%. Os profissionais de enfermagem da instituição em estudo possuem uma boa QV nos quatro domínios estudados.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Profissionais de enfermagem. Condições de trabalho. Enfermagem hospitalar.

## **ABSTRACT**

The quality of life of healthcare professionals has been widely studied in recent years, as their absence can directly impact the provision of care to patients. The objective of the research is

to analyze the quality of life of nursing professionals who work in a philanthropic hospital in Zona da Mata Mineira. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study carried out in the first half of 2024. The instrument for data collection was the “WHOQOL-bref”. The sample was made up of 10 nurses and 28 nursing technicians from a philanthropic hospital located in the Zona da Mata Mineira region. The female gender prevailed and the majority of professionals interviewed only have a technical level. Regarding the QL Domains of nursing professionals, the results were determined: physical domain with an average of 68.42%, psychological domain 71.51%, social relationships 74.12% and environment 60.27%. Nursing professionals at the institution under study have a good QoL in the four domains studied.

**Keywords:** Quality of life. Nursing professionals. Working conditions. Hospital nursing.

## RESUMEN

La calidad de vida de los profesionales sanitarios ha sido ampliamente estudiada en los últimos años, ya que su ausencia puede impactar directamente en la prestación de atención a los pacientes. El objetivo de la investigación es analizar la calidad de vida de los profesionales de enfermería que actúan en un hospital filantrópico de la Zona da Mata Mineira. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado en el primer semestre de 2024. El instrumento para la recolección de datos fue el “WHOQOL-bref”. La muestra estuvo compuesta por 10 enfermeros y 28 técnicos de enfermería de un hospital filantrópico ubicado en la región de la Zona da Mata Mineira. Predominó el género femenino y la mayoría de los profesionales entrevistados solo tienen nivel técnico. En cuanto a los Dominios de CV de los profesionales de enfermería, se determinaron los resultados: dominio físico con un promedio de 68,42%, dominio psicológico 71,51%, relaciones sociales 74,12% y ambiente 60,27%. Los profesionales de enfermería de la institución en estudio presentan buena CV en los cuatro dominios estudiados.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Profesionales de enfermería. Condiciones de trabajo. Enfermería hospitalaria.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo Qualidade de Vida (QV) pode ser conceituado como a forma que o indivíduo se percebe em relação à sua integração na vida, considerando o contexto cultural, sistemas de valores, bem como seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>1</sup>. Contudo, Gomes<sup>2</sup> afirma que o conceito de QV parecer ser ambíguo, gerando assim, um difícil entendimento. De acordo com Pereira et al.<sup>3</sup>, ao longo do tempo, esse conceito já adquiriu diversos significados.

O conhecimento comum incorporou esse conceito para sintetizar melhorias ou um elevado nível de bem-estar na vida das pessoas, abrangendo aspectos econômicos, sociais e emocionais e ainda englobando hábitos de vida, atividade física, lazer, alimentação e até mesmo moradia<sup>4</sup>. Porém, de acordo com Pereira et al.<sup>3</sup>, essa grande variedade de significados

pode acabar dificultando as pesquisas, e essa barreira deve ser quebrada considerando várias abordagens científicas.

A QV dos profissionais de saúde tem sido amplamente estudada nos últimos anos, uma vez que sua ausência pode impactar diretamente na prestação de cuidados aos pacientes. Porém, ainda se observa uma carência significativa de instrumentos adequados para a avaliação do bem-estar profissional, o que pode resultar na limitação de estudos sobre o assunto<sup>5</sup>.

De acordo com Zavala et al.<sup>6</sup>, os profissionais de saúde deveriam possuir uma boa QV, uma vez que detêm conhecimento suficiente para saber o que pode afetar sua QV. Porém, de acordo com vários estudos, essa realidade é totalmente diferente. Silva et al.<sup>7</sup> demonstraram que o nível de estresse entre os profissionais de enfermagem está acima do nível médio, o que é altamente preocupante. Além disso, destacam que esse aumento no estresse está associado ao cuidado direto prestado aos pacientes, à gestão de conflitos internos e à supervisão da equipe e ainda à grande demanda de trabalho.

Esses profissionais estão susceptíveis a acometimentos tanto de ordem psiquiátrica quanto física, o que, por consequência, impacta não apenas suas metas pessoais, mas também as profissionais<sup>8</sup>. Santos<sup>9</sup> e Fernandes<sup>10</sup> relatam que tanto a QV, quanto o ambiente de trabalho (AT) têm o potencial de influenciar significativamente o processo de trabalho do profissional, com isso afetando diretamente na assistência prestada aos usuários no processo de saúde doença.

A avaliação da qualidade de vida da equipe de enfermagem é extremamente relevante, pois permite analisar se os profissionais de saúde mantêm uma boa QV, considerando aspectos como alimentação saudável, prática de atividades físicas, uso controlado de medicamentos, presença de síndromes relacionadas ao trabalho, como o burnout, e o seu conforto no ambiente profissional, entre outros fatores.

Investigar esse tema em um ambiente hospitalar pode oferecer à instituição uma compreensão mais aprofundada sobre o bem-estar de seus funcionários, uma vez que é reconhecido que profissionais com um estado positivo de bem-estar tendem a contribuir de forma mais eficaz para os resultados institucionais.

Considerando esse problema, surge a questão: Como está a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e quais são os fatores associados à qualidade de vida dos enfermeiros? Com base nessas informações, o objetivo do presente estudo foi analisar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em um hospital filantrópico da Zona da Mata Mineira.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, do tipo transversal. Inicialmente, pretendia-se atingir um número máximo de 45 enfermeiros e 239 técnicos de enfermagem. No entanto, devido à dificuldade em conseguir os participantes para responderem o questionário, a pesquisa foi finalizada com 38 profissionais, sendo 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem de um hospital filantrópico localizado na região da Zona da Mata Mineira.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2024 por meio de um questionário de autopreenchimento, com questões de múltipla escolha e anônimo. Por questões éticas, o participante de pesquisa só pôde preenchê-lo após ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes tiveram autonomia para decidir se desejavam ou não participar do estudo e foram informados de que a recusa em não participar não acarretaria qualquer tipo de prejuízo a ele em seu ambiente de trabalho. O questionário e o TCLE foram entregues aos enfermeiros e técnicos de enfermagem no início da semana e recolhidos após sete dias, permitindo que fossem respondidos com tranquilidade, sem comprometer suas atividades laborais. As dúvidas que surgiram durante o processo de preenchimento foram esclarecidas pelos pesquisadores do estudo.

Os dados foram digitalizados no software *SPSS*. Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos dados através de tabelas de frequências. Foi considerado intervalo de confiança de 95% e  $p$  valor  $< 0,05$ . Posteriormente, foi realizada a razão de prevalência para análise da associação entre as variáveis.

Como critérios de exclusão, foram considerados os profissionais que estiveram de férias, licença maternidade ou médica, afastamento por qualquer motivo, bem como aqueles que trabalhavam na instituição havia menos de cinco meses. Como critérios de inclusão, foram considerados profissionais de ambos os sexos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com idade superior a 18 anos.

O instrumento para a realização da coleta de dados foi o “WHOQOL-bref”<sup>11</sup> (Fleck et al., 2000), que é a versão abreviada em português da avaliação da qualidade de vida do “WHOQOL-100”, criada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS. Ele é composto por 26 questões, que estão divididas em quatro domínios: domínio físico (DF), domínio psicológico (DP), relações sociais (RS) e meio ambiente (MA).

Para completar o questionário, foram adicionadas variáveis, como: categoria profissional, vínculos empregatícios, carga horária, renda mensal, período em que atua na instituição, satisfação no trabalho, saúde mental, e ainda os dados demográficos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do UNIFAGOC, com parecer número 6.919.586 e CAAE número 80252224.4.0000.8108.

### 3 RESULTADOS

Foi entregue um total de 170 questionários de pesquisa, porém apenas 24,11% foram respondidos e devolvidos aos pesquisadores. Entre os profissionais que responderam ao questionário da pesquisa, 7,31% foram excluídos, pois não estavam nos parâmetros de inclusão.

As variáveis sociodemográficas e educativas utilizadas foram distribuídas por: gênero, idade, estado civil, se possui filhos, nível de formação, tipo de vínculo empregatício e renda mensal. O gênero feminino prevaleceu com 92,1%; em relação à idade, o maior percentual foi identificado na faixa etária de 25-30 anos: 31,7%; quanto ao estado civil, 55,3% eram casados; dentre os 71,1% que possuem filhos, 63% possuem apenas um filho (Tabela 1).

**Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico da Zona da Mata mineira, 2024.**

	Variável	N	%
<b>Gênero</b>	Masculino	3	07,90
	Feminino	35	92,10
<b>Idade</b>	25-30	12	31,70
	31-35	6	15,70
	36-40	8	23,60
	41-45	4	10,40
	46-50	2	05,20
	51-60	4	13,00
	61-70	1	02,60
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	13	34,20
	Casado	21	55,30
	Divorciado	3	07,90
	Viúvo	1	2,60
<b>Possui filhos</b>	Sim	27	71,10
	Não	11	28,90

<b>Quantos filhos</b>			
	1	17	63,00
	2	9	33,30
	3	1	03,70

**Fonte:** dados da pesquisa, 2024.

Entre os profissionais de enfermagem 73,7% tinham apenas o nível técnico; 65,8% detinham apenas um vínculo empregatício e 28,9%, dois empregos; 68,4% recebiam entre 1 e 2 salários mínimos por mês (Tabela 2).

**Tabela 2 – Maior titulação acadêmica, vínculo empregatício e renda mensal dos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico da Zona da Mata mineira, 2024.**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Maior titulação acadêmica</b>		
Técnico	28	73,70
Graduado	4	10,50
Especialização/ residência	5	13,12
Mestrado	1	02,60
<b>Número de Vínculo Empregatício</b>		
1 Emprego	25	65,80
2 Empregos	11	28,90
3 ou mais	2	05,30
<b>Renda Mensal</b>		
1 a 2 salários-mínimos	26	68,40
2 a 3 salários-mínimos	8	21,10
3 a 4 salários-mínimos	4	10,50

**Fonte:** dados da pesquisa, 2024.

Ao questionar sobre saúde mental, se já tiveram depressão, ansiedade ou algum outro transtorno, obtivemos os seguintes resultados: 10,5% informaram que já tiveram diagnóstico de depressão; 28,9% tiveram diagnóstico de ansiedade; e apenas 8,1% já tiveram algum outro tipo de doença mental (Tabela 3).

**Tabela 3 – Diagnósticos de saúde mental dos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico da Zona da Mata Mineira.**

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Você já teve diagnóstico de depressão?</b>		
Sim	4	10,50
Não	34	89,50

<b>Você já teve diagnóstico de ansiedade?</b>		
Sim	27	71,20
Não	11	28,90
<b>Você tem algum outro tipo de doença mental?</b>		
Sim	3	08,10
Não	34	91,90

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Quanto ao domínio geral do WHOQOL-BREF, onde estão inseridas as facetas como: satisfação com a saúde e autoavaliação de sua qualidade de vida, chegamos ao seguinte resultado: 47,37% avaliam que sua QV não está nem ruim nem boa e apenas 7,14% avaliam que está muito ruim. Já no requisito satisfação com a saúde, 50% estão satisfeitos com sua saúde, enquanto 31,58% não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos (Tabela 4).

**Tabela 4 – Domínio Geral da ferramenta WHOQOL-BREF relacionado aos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico da Zona da Mata Mineira, 2024.**

Variável	N	%
<b>Como você avalia a sua qualidade de vida?</b>		
Muito ruim	2	7,14
Nem ruim nem boa	18	47,37
Boa	13	34,21
Muito boa	5	13,16
<b>Quão satisfeito você está com a sua saúde?</b>		
Nem satisfeito nem insatisfeito	12	31,58
Satisfeito	19	50,00
Muito satisfeito	7	18,42

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Utilizou-se o Manual do WHOQOL-BREF<sup>12</sup>, onde cada domínio possui uma fórmula própria. Depois de chegar a estes resultados, foi preciso realizar uma média total destes achados e aplicando esses valores para uma escala de 0 a 100 para determinar valores percentuais.

Em relação aos Domínios da QV dos profissionais de enfermagem, apuraram-se os seguintes resultados: domínio físico, com 68,42%; domínio psicológico, 71,51%; relações sociais, 74,12%; e meio ambiente, com a menor pontuação: 60,27% (Tabela 5).

**Tabela 5 – Domínios da QV, WHOQOL-BREF relacionado aos profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico da Zona da Mata mineira, 2024.**

<b>Domínio</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo %</b>	<b>Máximo %</b>	<b>Média %</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Domínio Físico	38	35,71	100,00	68,42	14,27
Domínio Psicológico	38	45,83	95,83	71,51	13,72
Relações Sociais	38	33,33	100,00	74,12	18,35
Meio Ambiente	38	34,38	78,13	60,27	12,87

**Fonte:** dados da pesquisa, 2024.

Na próxima tabela estão os resultados divididos por cada domínio, e cada frequência se encontra dividida em quartis, onde temos: Q1 = até 25% (Muito ruim), Q2 = 25,01 a 50% (Ruim), Q3= 50,01 a 75% (Boa) e Q4 = acima de 75,01% (Muito boa).

Na Tabela 6, pode-se analisar que a maioria dos respondentes estão na frequência Q3 no DF, ou seja, a QV neste domínio é considerada Boa, pois se encontra na porcentagem de 68,4%, seguida de 26,3%, considerada um QV ruim neste domínio. No DP, evidencia-se que 55,3% possuem uma boa QV no requisito psicológico, seguida de 36,8% analisada como sendo ruim. Referente a RS, detectou-se 81,6%, sendo considerada QV boa neste domínio. Quanto ao MA, notou-se que 57,9% dispõem de uma boa QV, enquanto 34,2% possuem uma QV ruim referente a este tópico.

**Tabela 6 – Domínios do Instrumento de pesquisa WHOQOL-BREF, relacionado aos profissionais de Enfermagem de um hospital filantrópico da Zona da Mata mineira, 2024.**

<b>Domínio</b>	<b>Quartis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Domínio Físico	Q1	2	5,3	5,3
	Q2	10	26,3	26,3
	Q3	26	68,4	68,4
Domínio Psicológico	Q1	3	7,9	7,9
	Q2	14	36,8	36,8
	Q3	21	55,3	55,3

Relações Sociais				
	Q1	7	18,4	18,4
	Q2	31	81,6	81,6
Meio Ambiente				
	Q1	3	7,9	7,9
	Q2	13	34,2	34,2
	Q3	22	57,9	57,9

---

**Fonte:** dados da pesquisa, 2024.

## 4 DISCUSSÃO

De acordo com vários estudos realizados na área da saúde com foco voltado para enfermeiros e técnicos de enfermagem, identifica-se uma prevalência do sexo feminino<sup>13</sup>. Esse cenário pode estar relacionado ao fato de que as mulheres têm uma relação intrínseca com as práticas do cuidado desde os primórdios da humanidade. Acrescido a isso, elas são vistas como figura materna, ou seja, que cuida e cura, tanto dos filhos como de pessoas velhas e doentes<sup>14</sup>.

Na presente pesquisa, observa-se que a faixa etária predominante é a de 25-30 anos. Um estudo realizado em um Hospital Universitário no interior de SP em 2015 obteve resultados bem semelhantes, em que 56,2% profissionais estavam na faixa etária de 20-30 anos<sup>15</sup>, ou seja, a maioria dos respondentes de ambas as pesquisas estão em idade produtiva, conforme é evidenciado em uma pesquisa publicada no ano de 2016 no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>16</sup>.

Em relação a uma pesquisa realizada em 2015, na cidade de Curitiba-PR, cujo objetivo foi caracterizar o perfil e a QV dos docentes Enfermeiros de Universidades Privadas e Públicas de Curitiba -PR, dentre os 44 docentes que participaram da pesquisa, 75% eram casados<sup>17</sup>. Tais dados corroboram os da presente pesquisa, em que 55,3% eram casados, evidenciando assim, que mesmo em Instituições diferentes, há uma prevalência de profissionais comprometidos. Conclusões do estudo de Silva<sup>18</sup> e Goldani<sup>19</sup> (apud Rego, 2020) revelam que um dos fatores que influenciam uma boa QV está relacionado diretamente a relacionamentos saudáveis entre cônjuges e família, o que vai ao encontro do fato de a maioria dos profissionais serem casados com estabilidade, e, muitas vezes, com filhos.

Outro ponto a se observar é o nível de formação de cada profissional. Nesse aspecto, observa-se uma predominância do nível técnico da enfermagem, fato este afirmado em estudos como o de Silva<sup>7</sup> e o de Carvalho<sup>20</sup>, que obtiveram uma porcentagem maior dessa categoria profissional: 8,6% (6) graduados e 58,6% (41) técnicos no estudo de Carvalho<sup>20</sup> e 72,77% (131) técnicos e 27,23% (49) graduados no estudo de Silva<sup>7</sup>.

Observou-se também que a maioria dos profissionais possuem apenas um emprego e recebem de 1 a 2 salários-mínimos por mês, valor abaixo do esperado de acordo com uma matéria do Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN) publicada em 2023, segundo a qual o valor do piso para técnicos de enfermagem é de R\$ 3.325 e R\$ 4.750 para enfermeiros<sup>21</sup>. O piso da enfermagem foi aprovado pela Lei n.º 14.434, de 4 de agosto de 2022<sup>22</sup>.

Quanto à categoria saúde mental, pode-se observar que a maior parte dos respondentes não possui depressão; em contrapartida, a ansiedade teve um número maior de portadores. Notaram resultados parecidos na pesquisa realizada por Barbosa<sup>23</sup>, em que a maioria dos indivíduos 77% da equipe de enfermagem não possuíam sintomas depressivos e 85% apresentavam grau mínimo de ansiedade. Manetti<sup>24</sup> menciona que transtornos mentais como depressão e ansiedade estão ligados ao trabalho de enfermagem, pois muitas vezes fazer plantões, discussões com superiores, mudanças de escalas, mudanças de turnos de trabalhos e a sobrecarga de múltiplas tarefas acarretam desgaste mental. Ambientes de trabalho como o de hospitais, por serem estressantes, acabam influenciando negativamente na QV dos profissionais que trabalham nesse segmento, muitas vezes podendo acarretar problemas psicológicos, como ansiedade e depressão<sup>25</sup>.

Na avaliação da qualidade de vida geral, notadamente na questão sobre “como o participante se autoavalia e o quão satisfeito está com sua saúde”, evidenciou que 47,37% afirmam que “não estar nem ruim nem boa”, enquanto 50% estão “satisfeitos com sua saúde”. Corroborando com os dados do presente estudo, Caveião<sup>17</sup>, concluiu que metade da frequência de seus participantes consideraram estar satisfeitos com sua saúde.

No contexto da satisfação com a saúde, ao analisar outras pesquisas, foram encontradas conclusões semelhantes às desta pesquisa. Resultados de estudo realizado em Dourados-MS, com técnicos de enfermagem, evidenciaram que 46% de sua amostra estavam satisfeitos com sua saúde; 13,8%, muito satisfeitos; e 17,9% afirmaram que não estão satisfeitos nem insatisfeitos<sup>26</sup>. Por outro lado, os resultados do estudo de Souza<sup>27</sup> evidenciaram que 40% dos entrevistados estão satisfeitos com sua saúde, porém 27,5% estão insatisfeitos, o que, considerando o número de participantes, é um achado alto.

Corroborando os dados desta pesquisa, o estudo realizado por Oliveira<sup>28</sup> com enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva da região Sudeste da Bahia apontou que 58,07% dos envolvidos na pesquisa afirmaram que possuem uma boa qualidade de vida, resultado pouco esperado, tratando-se de profissionais que trabalham em setor fechado. Ou seja, ambos os levantamentos mostraram achados diferentes dos esperados.

Quanto aos domínios do WHOQOL-BREF<sup>11</sup>, o domínio Físico avalia as facetas como: “dor e desconforto”, “energia e fadiga”, “sono e repouso”, “mobilidade, atividades da vida cotidiana”, “dependência de medicação ou de tratamentos” e “capacidade de trabalho”<sup>11</sup>. Observou-se que a média de todos os envolvidos na pesquisa está entre 50,1% e 75%, o que qualifica esta amostra da população tendo uma boa QV referente a este tópico. O estudo realizado por Paschoa<sup>29</sup> mostrou que a média de seu estudo foi de 53,1%, portanto, jogando nos parâmetros de avaliação deste estudo, pode-se dizer que sua população possui uma boa QV no âmbito do domínio Físico.

O domínio Psicológico é composto pelas facetas: “sentimentos positivos”, “pensar”, “aprender, memória e concentração”, “autoestima”, “imagem corporal e aparência”, “sentimentos negativos e espiritualidade”, “religião e crenças pessoais”<sup>11</sup>. Contudo, uma avaliação realizada em 2011 em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Brasília, com participação de 54 enfermeiros<sup>30</sup>, mostrou uma média de valores parecida com a deste estudo; conclui-se, assim, que ambas as pesquisas revelaram uma boa QV referente a esse domínio.

Por outro lado, o domínio Relações Sociais possui as seguintes facetas: “relações pessoais”, “suporte (apoio) social” e “atividade sexual”<sup>11</sup>. No presente artigo, observou-se o resultado da média total de 74,12%, sendo considerada uma QV boa neste requisito. Esse número se assemelha ao de um estudo de 2017 realizado por Leite<sup>31</sup>, cujo público-alvo foi enfermeiros hospitalares de um Hospital Universitário do Nordeste do Brasil. Após a análise final dos resultados, chegou-se ao valor da média de 69,7, considerando-se, assim, que seus respondentes possuem uma boa QV nesse contexto.

Enfim, o domínio do Meio Ambiente apura as facetas: “segurança física e proteção”, “ambiente no lar”, “recursos financeiros”, “cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade”, “oportunidades de adquirir novas informações e habilidades”, “participação em, e oportunidades de recreação/lazer”, “ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)” e “transporte”<sup>11</sup>. Este domínio foi o que obteve menor escore, chegando a uma média de 60,27%, porém, mesmo com esse valor, enquadra-se como uma QV boa. Lima<sup>32</sup>, com uma amostra de 47 enfermeiros respondentes, após análise de seu levantamento, teve como achado uma média de 64,49, considerando assim sua população como tendo uma boa QV.

A título de complementação, o estudo de Elias<sup>25</sup>, enfatiza que seus participantes muitas das vezes deixam a própria saúde de lado devido à falta de tempo e recursos financeiros. Comentaram ainda sobre pequenos acidentes de trabalhos, principalmente com perfuro cortantes, onde muitas das vezes precisaram passar por rigorosos tratamentos e acompanhamento médico. Em decorrência disso muitos profissionais deixaram de realizar tais procedimentos devido estarem acostumados com esse tipo de acidente.

Batalha<sup>33</sup> e Souza<sup>34</sup>, em suas análises, apuraram que muitos trabalhadores adquiriram burnout, sentimentos de descrença por não serem capazes de terminar tarefas iniciadas, muita das vezes decorrentes de fadiga física e excesso de obrigações. Nesse sentido, os resultados de Sousa<sup>35</sup> foram conclusivos ao destacar a vulnerabilidade aos distúrbios do sono, visto que as jornadas prolongadas e a alta demanda de atividades intensas comprometem diretamente o descanso dos profissionais, podendo assim, acarretar em acidentes de trabalho devido à falta de concentração e cansaço mental. Tais fatores evidenciados pelos autores citados, podem contribuir negativamente na assistência prestada aos pacientes, pois observa-se um prejuízo na saúde do próprio trabalhador.

Durante a aplicação dos questionários, observou-se dificuldade em ter acesso aos profissionais da instituição, pois muitos se recusaram a participar alegando falta de tempo; outros pegaram para responder e depois não quiseram mais participar; e outros simplesmente nem escutaram sobre o que se tratava o tema da pesquisa. Considera-se esse motivo como um limitador em relação aos participantes na pesquisa.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Respondendo ao problema de pesquisa, concluiu-se que os profissionais de enfermagem da instituição em estudo possuem uma boa QV nos quatro domínios estudados. Os fatores associados à qualidade de vida dos enfermeiros dessa instituição estão diretamente ligados aos domínios estudados neste estudo, como o domínio físico, o psicológico, o ambiental e relações sociais, e ainda a renda mensal.

Nesta pesquisa, foi possível destacar a importância de se realizar estudos com profissionais da área da saúde pois, uma vez que possibilitam ações de prevenção para que estes profissionais possuam uma boa QV, o que irá impactar diretamente no cuidado prestado aos usuários, fazendo com que essa classe de trabalho seja mais valorizada financeiramente e mais reconhecida e respeitada pela população e pelas instituições que nela trabalham.

## REFERÊNCIAS

1. Souza TPM, et al. Qualidade de vida no trabalho entre trabalhadores da enfermagem no espaço do hospital. Mato Grosso; 2023.
2. Gomes SR, et al. Qualidade de vida relacionada à carga de trabalho dos profissionais de saúde com enfoque nos problemas desencadeados. *Rev Psic.* 2017;10(33):jan.
3. Pereira EF. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís Esporte.* 2012;26(2):241-50.
4. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. 22nd ed. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP; 2012.
5. Kimura M, Carandina DM. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação de qualidade de vida no trabalho de enfermeiros em hospitais. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(esp):1044-54.
6. Zavala MOQ, Klinj TP, Carrillo KLS. Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016;24:e2713.
7. Silva MR, et al. Impacto do estresse na qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29.
8. Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMA, Karlink L, Felli VEA, Miniél VA. Health indicators of workers of the hospital area. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):23-32.
9. Santos RR, Paiva MC, Spiri WC. Associação entre qualidade de vida e ambiente de trabalho de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(5):472-9.
10. Fernandes JS, et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(2):404-12.
11. Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
12. Pedroso B, et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida.* 2010;2(1):31-6.
13. Ribeiro ES, et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Rev Eletrônica trimestral de Enferm.* 2021;63:jul.
14. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Porto Alegre; 2005.
15. Borges T, Bianchin MA. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do interior de São Paulo. *Arq Ciência Saúde.* 2015;22(1):53-8.
16. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9180-pesquisa-mensal-de-emprego.html>. Accessed: 18 Aug 2024.
17. Caveião C, et al. Perfil e qualidade de vida de docentes enfermeiros de universidades privadas e pública: estudo com WHOQOL-bref. *Rev APS.* 2017;20(2):185-93.
18. Silva JDA, et al. Bodas para uma vida: motivos para manter um casamento de longa duração. *Temas Psicologia.* 2017;25(2):487-501.

19. Rego GMV, et al. Qualidade de vida no trabalho numa central de materiais e esterilização. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180792.
20. Carvalho AMB, et al. Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. *Enferm Foco.* 2018;9(3):35-41.
21. COFEN. Piso da enfermagem: impasse sobre pagamento dos salários ainda preocupa profissionais. 2023. Available from: <https://www.cofen.gov.br/piso-da-enfermagem-impasse-sobre-pagamento-dos-salarios-ainda-preocupa-profissionais/#:~:text=O%20Piso%20Nacional%20da%20Enfermagem,receber%20ao%20menos%20R%24%204.750>. Accessed: 23 Aug 2024.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Piso nacional de enfermagem. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/piso-da-enfermagem#:~:text=A%20Lei%20n.,Posteriormente%2C%20a%20Emenda%20Constitucional%20n>. Accessed: 23 Aug 2024
23. Barbosa MBT, et al. Depressão e ansiedade na enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Ciência Plural.* 2020;6(3):93-107.
24. Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estud Psicologia.* 2007;1(2):79-85.
25. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006;14(4):517-25.
26. Maciel MED, et al. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. *Rev Psicologia e Saúde.* 2014;6(1):83-9.
27. Souza RF, et al. Repercussões dos fatores associados à qualidade de vida em enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Rev Salud Pública.* 2018;20(4):453-9.
28. Oliveira ES, et al. Qualidade de vida de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2023;23(9).
29. Paschoa S, et al. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):305-10.
30. Martins MB, et al. Qualidade de vida dos enfermeiros da atenção primária à saúde de Brasília. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde.* 2013;4(2):2165-74.
31. Leite RF, et al. Relação entre estresse e qualidade de vida de enfermeiros hospitalares. *Rev Enferm UFPI.* 2021;10:e875.
32. Lima ML, et al. Qualidade de vida entre enfermeiros e relação com o nível de complexidade do trabalho em saúde. *Rev Stricto Sensu.* 2020;5(1):1-11.
33. Batalha EMSS, et al. Qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem do contexto hospitalar: estudo transversal. *Rev enferm UERJ*,2024; 32:e87481 p.10.
34. Gutierrez-Ruivo ÉD, et al. Análise da fadiga em docentes enfermeiros de universidades públicas brasileiras durante a pandemia da covid-19. *Texto contexto - enferm*,2023;32:e20230013.
35. Sousa FWM, et al. Qualidade de Vida no Trabalho de Profissionais de Enfermagem em UTI de Hospital de Ensino. *Rev Nursing*,2026; 31(333)12862-128812.

# Fatores associados à mortalidade por suicídio de agentes de forças de segurança pública: uma revisão integrativa

*Factors associated with suicide mortality among public security forces officers:  
an integrative review*

*Factores asociados a la mortalidad por suicidio entre los agentes de las  
fuerzas de seguridad pública: una revisión integradora*

**Amalia Aparecida dos Santos Leal<sup>1</sup>**  
**Josley Santana Nunes<sup>2</sup>**  
**Crislaine Thamara Silva Acácio<sup>3</sup>**  
**Maria Luiza França de Souza<sup>4</sup>**  
**Laís Santos de Aguiar<sup>5</sup>**  
**Evaldo Ferreira Simões<sup>6</sup>**  
**Eva Bulcão Mota<sup>7</sup>**  
**Tarcila Bispo Santana<sup>8</sup>**  
**Daniel Deivson Alves Portella<sup>9</sup>**

<sup>1</sup> Universidade do Estado da Bahia (UNEB) |

<sup>2</sup> Universidade do Estado da Bahia (UNEB) |

<sup>3</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA) |

<sup>4</sup> Universidade do Estado da Bahia (UNEB) |

<sup>5</sup> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) |

<sup>6</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) |

<sup>7</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA) | [evalulcaopsi2018@gmail.com](mailto:evalulcaopsi2018@gmail.com)

<sup>8</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA) | [tarcilabsantana@gmail.com](mailto:tarcilabsantana@gmail.com)

<sup>9</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) | [dportella@uneb.br](mailto:dportella@uneb.br)

## RESUMO

**Introdução:** Caracterizado por ser um fenômeno multifatorial, a mortalidade por suicídio na sociedade atual é um tema especialmente sensível entre agentes das forças de segurança pública. **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que seguiu as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), onde buscou-se revisar a literatura sobre os fatores associados a mortalidade por suicídio de agentes das forças de segurança pública. As bases de dados utilizadas foram PubMed e BVS. A seleção dos estudos ocorreu em três etapas: títulos, resumos e leitura completa. Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, sendo elaborados tabelas e fluxograma, com a finalidade de ordenar e sumarizar informações relevantes de cada estudo. **Resultados:** Foram encontrados 2.604 artigos, sendo 17 selecionados para análise. As taxas de suicídio por 100mil mais elevadas foram observados nos estudos do

Estados Unidos da América (31,5) e Canadá (21,78) as vítimas em sua maioria eram homens com idades entre 30 e 50 anos. No estudo foi observado a relação entre os anos trabalhados, cargo ocupado, detetives e investigadores, e o suicídio, em sua maioria ocorreu fora do ambiente de trabalho, frequentemente com o uso de armas de fogo, especialmente a arma de serviço. Problemas pessoais, transtornos psiquiátricos e luto foram recorrentes fatores motivacionais. **Conclusão:** Ações preventivas focadas em diálogo aberto e assistência psicológica fazem-se necessárias. Ademais, tornam-se indispensáveis mais estudos, especialmente em contextos menos investigados, como os países da América Latina.

**Palavras-chaves:** Polícia. Suicídio. Aplicação da Lei.

## ABSTRACT

**Introduction:** Characterized by being a multifactorial phenomenon of suicide mortality in today's society and an especially sensitive theme among agents of the public security forces. **Methods:** It is an integrative review study, which followed the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), which sought to review the literature on the factors associated with suicide mortality of agents of public security forces. The databases used were PubMed and BVS. The selection of the studies took place in three stages: titles, abstracts and full article. The data were extracted by two independent reviewers, tables and flowchart were constructed with the aim to order and summarize relevant information from each study. **Results:** 2,604 articles were found, 17 were selected for analysis. The highest suicide rates per 100 thousand were observed in studies from the United States of America (31.5) and Canada (21.78). The majority of the victims were men aged between 30 and 50. In the study it was observed, the relationship between the years worked, position held, detectives and investigators, and suicide, mostly occurred outside the workplace, often with the use of firearms, especially the service weapon. Factors such as personal problems, psychiatric disorders and grief were recurrent motivational factors. **Conclusion:** Preventive actions focused on an open dialogue and psychological assistance are necessary. In addition, more studies are needed, especially in a less investigating context such as Latin American countries.

**Keywords:** Police. Suicide. Law Enforcement.

## RESUMEN

**Introducción:** Caracterizado por ser un fenómeno multifactorial la mortalidad por suicidio en la sociedad actual y un tema especialmente sensible entre los agentes de las fuerzas de seguridad pública. **Métodos:** Se trata de un estudio de revisión integradora, que siguió las recomendaciones de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), donde se buscó revisar la literatura sobre los factores asociados a la mortalidad por suicidio de los agentes de las fuerzas de seguridad pública. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed y BVS. La selección de los estudios se realizó en tres etapas: títulos, resúmenes y lectura completa. Los datos fueron extraídos por dos revisores independientes, se construyeron tablas y diagrama de flujo, con el fin de ordenar y resumir la información relevante de cada estudio. **Resultados:** Se encontraron 2.604 artículos, 17 de los cuales fueron seleccionados para su análisis. Las tasas de suicidio por cada 100 mil más altas se observaron en los estudios de Estados Unidos de América (31,5) y Canadá (21,78). La mayoría de las víctimas eran hombres de entre 30 y 50 años. En el estudio se observó la relación entre los años trabajados, el cargo ocupado, los detectives e investigadores, y el

suicidio, en su mayoría se produjo fuera del entorno laboral, a menudo con el uso de armas de fuego, especialmente el arma de servicio. Factores como los problemas personales, los trastornos psiquiátricos y el duelo fueron factores motivacionales recurrentes. **Conclusión:** Son necesarias acciones preventivas centradas en el diálogo abierto y la asistencia psicológica. Además, se necesitan más estudios, especialmente en un contexto menos de investigación como países de América Latina.

**Palabras clave:** Policía. Suicidio. Aplicación de la Ley.

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio foi definido por Durkheim<sup>1</sup> como toda morte resultante, direta ou indiretamente, de um ato praticado pela própria vítima, consciente do resultado de sua ação. O estigma social em torno do tema cria um ambiente que desencoraja a busca por ajuda, tornando o debate ainda mais complexo<sup>2</sup>. Esse cenário de silenciamento torna-se especialmente crítico em grupos vulneráveis específicos, como os agentes das forças de segurança pública e defesa social<sup>3</sup>.

A literatura aponta essa categoria profissional como um grupo de alto risco para o comportamento suicida, em decorrência da constante exposição a eventos traumáticos<sup>4</sup>, da facilidade de acesso a meios letais<sup>5</sup> e do severo desgaste físico e mental provocado pelos riscos ocupacionais da profissão<sup>6</sup>.

Ademais, a normalização de situações estressantes no cotidiano laboral dificulta a identificação precoce de sofrimento psicológico, o que agrava e potencializa os sintomas. Esse fenômeno é reforçado pelo mito do "policial herói", idealização cultural que pressupõe que tais indivíduos devem possuir habilidades extraordinárias e jamais demonstrar vulnerabilidade, ocultando agravos à saúde mental e retardando o apoio adequado<sup>7</sup>.

Somado a isso, o conceito de "ethos guerreiro" descreve a masculinidade dominante enraizada na cultura corporativa desde o ingresso dos agentes nas instituições<sup>8</sup>. Sob essa ótica, eles são estimulados a moldar uma identidade impermeável aos riscos inerentes ao ofício, sacrificando frequentemente suas próprias necessidades individuais<sup>7</sup>. Essa dinâmica institucional reflete-se nos dados estatísticos, visto que investigações apontam taxas de suicídio substancialmente superiores entre as forças de segurança quando comparadas às da população geral<sup>5,9</sup>.

Assim, apesar do recente crescimento no volume de publicações sobre a temática, subsiste a necessidade de investigações que analisem esses desfechos com maior profundidade, contemplando as especificidades das ocorrências. A maior parte da literatura

disponível concentra-se em territórios, departamentos ou subgrupos específicos, negligenciando, por vezes, fatores sociodemográficos e motivacionais intrínsecos ao ato. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi revisar a literatura científica acerca dos fatores associados à mortalidade por suicídio em agentes das forças de segurança pública.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, conduzido conforme o referencial metodológico de Conforto, Amaral e Silva (2011)<sup>10</sup>. Este método permite responder a uma pergunta claramente formulada para identificar, selecionar, avaliar criticamente e sintetizar pesquisas relevantes sobre a temática investigada.

O desenvolvimento desta revisão seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>11</sup>. Na fase de planejamento, formulou-se a pergunta de investigação com o auxílio da estratégia PECO (População, Exposição, Comparação e *Outcomes/Desfecho*)<sup>12,13</sup>, delimitada da seguinte forma: População: agentes das forças de segurança pública; Exposição: atuação na segurança pública; Comparação: não aplicável (ou grupos de comparação se houver); Outcomes: fatores associados à mortalidade por suicídio. Assim, estabeleceu-se o seguinte questionamento: quais são os fatores associados à mortalidade por suicídios dos agentes das forças de segurança pública?

A busca eletrônica dos estudos foi realizada no dia 02 de abril de 2024, de forma simultânea, nas bases de dados *PublicMedline* (PubMed) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos descritores de busca, foi consultado o dicionário de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os descritores selecionados foram “*Police*” e “*Suicide*”. Para garantir o estabelecimento das estratégias de busca e a ampla recuperação dos artigos, foram utilizados o operador booleano AND. Na BVS e Pubmed, a estratégia estruturada foi: “*Police*” AND “*Suicide*”.

Os critérios de inclusão para elegibilidade dos estudos foram: artigos que abordassem mortes por suicídio de agentes das forças de segurança pública; estudos com delineamento epidemiológico (sejam transversais, coortes, caso-controle ou ecológicos); publicados em bases de dados; nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos estudos sobre: mortalidade de policiais por causas externas distintas do suicídio; morbidades gerais; saúde mental ou condições de vida sem desfecho em suicídio; violência policial contra grupos populacionais específicos; processos e dinâmicas de trabalho policial; artigos de revisão

(sistemática, integrativa ou escopo); resumos de eventos; teses, dissertações e editoriais.

O processo de seleção dos estudos foi realizado com o auxílio do *software* Microsoft Excel e ocorreu em três etapas consecutivas: (1) triagem inicial por meio da leitura dos títulos; (2) leitura dos resumos dos estudos pré-selecionados; e (3) leitura integral do texto completo para confirmação dos critérios de elegibilidade. Essa fase foi conduzida de forma independente por dois revisores (AASL e DDAP). As discordâncias foram resolvidas por consenso entre os avaliadores e, quando necessário, mediante a consulta a um terceiro revisor independente.

Posteriormente, os dados dos artigos elegíveis foram extraídos, também de forma independente, para uma planilha padronizada no Microsoft Excel. As variáveis de interesse compreenderam: autor, ano de publicação, país de origem, desenho de estudo, período de condução da pesquisa, taxa de suicídio, características sociodemográficas, características da atuação profissional, características contextuais e da ocorrência do fato, e fatores motivacionais.

Por fim, os procedimentos de análise e síntese dos dados foram realizados pelos avaliadores, os quais buscaram efetuar uma leitura minuciosa a fim de promover o agrupamento das variáveis escolhidas, permitindo uma melhor comparação e discussão dos resultados.

Os estudos foram sintetizados seguindo o preenchimento da tabela que aborda: Autor; Ano de publicação; País; Tipo de estudo; Período de estudo; Taxa de suicídio policial; Características sociodemográficas; Características da atuação profissional; Características da ocorrência; Fatores motivacionais; Características contextuais.

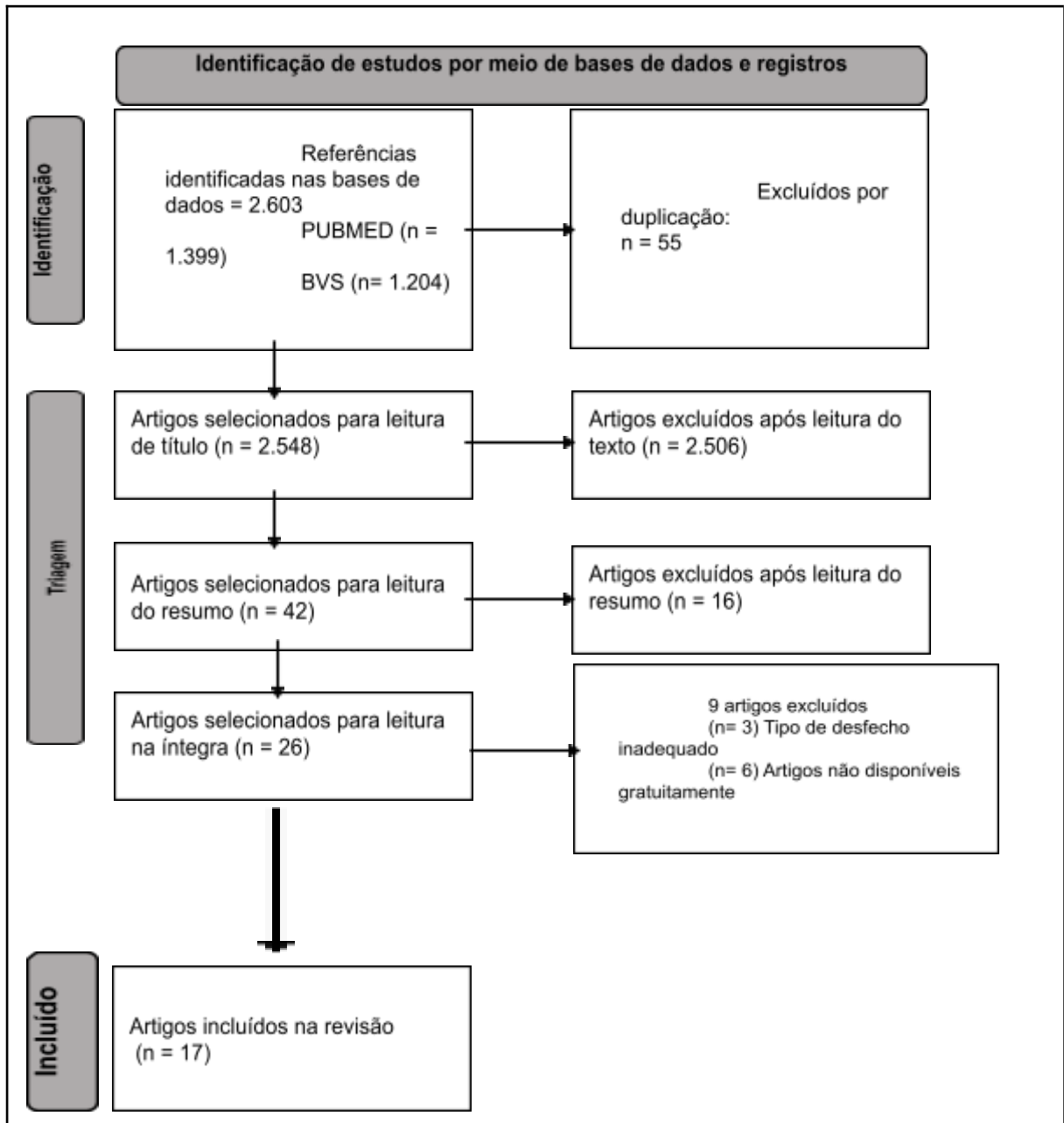
Por tratar-se de uma pesquisa de revisão integrativa desenvolvida exclusivamente a partir de dados secundários, de acesso público e sem envolvimento direto com seres humanos, este estudo prescinde de apreciação ou aprovação por parte de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme as resoluções vigentes do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### **3 RESULTADOS**

O fluxograma 1 apresenta o modelo PRISMA adaptado, no qual estão dispostas as etapas de identificação, triagem e seleção dos estudos. As buscas nas bases de dados identificaram 2.603 estudos, sendo 1399 na *PubMed* e 1204 na BVS. Após a exclusão de 55 duplicatas, 2.548 estudos foram selecionados para a leitura dos títulos. Após a aplicação dos

critérios de elegibilidade, 42 publicações foram selecionadas para leitura completa. Dessas, 16 foram excluídas, restando 26 para avaliação. Posteriormente, 9 publicações foram removidas por não atenderem aos critérios, resultando em 17 estudos incluídos na revisão.

Figura 1 - Fluxograma de identificação, triagem e seleção dos estudos



**Tabela 1 - Características dos estudos e síntese dos fatores associados a mortalidade de agentes da segurança pública por suicídio (continua).**

<b>Autor Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Período estudo</b>	<b>Taxa de suicídio</b>	<b>Fatores sociodemográficos</b>	<b>Fatores da atuação profissional</b>	<b>Fatores da ocorrência</b>	<b>Fatores motivacionais</b>	<b>Características contextuais</b>
Grassi et al <sup>5</sup> 2019	Itália 2019	Transversal Descritivo	1995 a 2017	Masculino: 12,67/100mil. Feminino: 5,61/100mil.	Idade média 38,97	indisponível no estudo	81,92% arma da corporação; 5,54% arma particular; 7,01% enforcamento; 0,37% afogamento; 2,21% pular de altura; 0,74% cortar-se; 1,11% jogar-se sob um caminhão; 0,74% envenenamento com drogas.	39,11% pessoais, familiares: luto e divórcio; 6,27% econômicos; 11,81% transtornos psiquiátricos; 5,17% relacionadas à honra; 2,21% doença física; 1,48% ocupacionais; 33,95% desconhecidos.	indisponível no estudo
Mishara, Fortin <sup>14</sup> 2022	Montreal, Canadá	Coorte	1986 a 2018	Antes do programa a taxa anual: 30,5 por 100.000 policiais. Após 12 anos 6,4 por 100.000 ao ano. 10 anos depois, taxa 11,1 por 100.000 ao ano. 22 anos pós-programa 8,8 por 100.000 ao ano.	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo
Violanti JM et al. <sup>15</sup> 2012	EUA, Washington, DC	Transversal	2002 a 2011	15,3 por 100.000 policiais a taxa anual.	indisponível no estudo	indisponível no estudo	91,4% armas de fogo; 8,64% facas, enforcamentos, asfixia, overdose de drogas e automóvel. 89% fora do local de trabalho; 11% local de trabalho; 84,7% empregados.	indisponível no estudo	indisponível no estudo
Violanti <sup>16</sup> 2011	EUA, Nova York	Coorte	1950 a 2005	Oficiais afastados do trabalho 8,76/100mil por ano. Oficiais trabalhando	indisponível no estudo	Anos de serviço 52,4% ≤ 19 28,4% 20–29 27,9% ≥ 30	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo

				31,5/100mil por ano					
--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--

**Tabela 1 - Características dos estudos e síntese dos fatores associados a mortalidade de agentes da segurança pública por suicídio (continua).**

<b>Autor Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Período estudo</b>	<b>Taxa de suicídio</b>	<b>Fatores sociodemográficos</b>	<b>Fatores da atuação profissional</b>	<b>Fatores da ocorrência</b>	<b>Fatores motivacionais</b>	<b>Características contextuais</b>
Mishara, Martin <sup>17</sup> 2012	Montreal, Canada	Estudo de intervenção	1986 a 1996	Antes do programa: Montreal 30,46/100.00. Quebec 26,02/100.00. Após: Montreal 6,42/100.000. Quebec 28,99/100.000	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo
Marzuk et al. <sup>18</sup> 2002	EUA, Nova York	Coorte	1977 a 1996	14,9/ 100mil pessoas-ano; Branco e homem pessoas-ano16,8/10 0mil suicídios Não-Branco e homem pessoas-ano12/100 mil suicídios	33,5 idade indisponível no estudo	indisponível no estudo	93,8% (N=75) armas de fogo; 3 enforcamentos; 1 monóxido de carbono, 1 queda de altura	indisponível no estudo	a taxa de suicídio para a população da cidade de Nova York 18,3 por 100mil pessoas-ano
Violanti, Robinson, Shen <sup>19</sup> 2013	EUA	Transversal	1999 a 2007	226 homens, 14 mulheres	indisponível no estudo	115 detetives/investi gadores criminais/polícia is; 73 agentes penitenciários	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo
Lai, Jameson, Russell <sup>20</sup> 2023	EUA	Transversal	2010 a 2022	Número de suicídios maior em marinheiros brancos do que em marinheiros negros	indisponível no estudo	Houve um pouco mais de suicídios em E4-E6 e menos entre os oficiais.	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo
Gomes DAR,	Brasil	Coorte	2006 a 2016	Rio Grande de Sul 12,5/100	Idade média 36 anos	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo

Araujo <sup>21</sup> , 2018				mil a taxa media anual Mulheres 18,8/100 mil média anual Homens 11,9/100 mil					
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Tabela 1 - Características dos estudos e síntese dos fatores associados a mortalidade de agentes da segurança pública por suicídio (continua).**

<b>Autor Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Período estudo</b>	<b>Taxa de suicídio</b>	<b>Fatores sociodemográficos</b>	<b>Fatores da atuação profissional</b>	<b>Fatores da ocorrência</b>	<b>Fatores motivacionais</b>	<b>Características contextuais</b>
Violanti <sup>22</sup> 1995	Buffalo, Nova York	Descritivo	1950 a 1990	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	indisponível no estudo	Os três períodos de tempo com maior percentual de suicídios totais foram tempos de mudanças significativas para a polícia naquele período. 1956-60 (29,2%), 1966-69 (20,8%) e 1986-90 (20,8%).
Thoesen, Mehlum <sup>23</sup> 2004	Noruega	Coorte	1978 a 1995	Indisponível no estudo	Indisponível no estudo	indisponível no estudo	Indisponível no estudo	Indisponível no estudo	Não foi observado diferenças significativas entre os grupos de acidente com álcool e suicídio para nenhuma das variáveis. Problemas psiquiátricos e depressão grave foram insignificamente elevados no grupo de suicídios

Violanti, Steege <sup>3</sup> 2021	EUA	Observacional	1999, 2003–2004, 2007–2014	indisponível no estudo	1.035 homens, sendo 66 afro-americanos. A maioria tinha entre 18–45 anos (n=484), porém as maiores proporções de suicídio ocorreram nas faixas de 46–64 anos e 65–90 anos.	indisponível no estudo	A categoria de detetives, investigadores criminais e policiais apresentou uma proporção de mortes por suicídio 64% maior em comparação aos demais trabalhadores.	indisponível no estudo	indisponível no estudo
---------------------------------------	-----	---------------	----------------------------	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	------------------------

**Tabela 1 - Características dos estudos e síntese dos fatores associados a mortalidade de agentes da segurança pública por suicídio (continua).**

<b>Autor Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Período estudo</b>	<b>Taxa de suicídio</b>	<b>Fatores sociodemográficos</b>	<b>Fatores da atuação profissional</b>	<b>Fatores da ocorrência</b>	<b>Fatores motivacionais</b>	<b>Características contextuais</b>
Pereira, Madruga, Santa Kawahala, Catarina <sup>24</sup> 2020	Brasil	Documental	2012 a 2016	indisponível no estudo	14 policiais militares do sexo masculino, 85,71% têm filhos e se autodeclararam brancos. 50,00% têm entre 40 e 47 anos, 28,57% têm 51 anos ou mais e 21,43% entre 26 e 32 anos. 64,29% casados, 21,43% solteiros, 14,29% separados. 64,29% ensino médio, 21,43% especialização e 14,29% ensino superior.	21,43% primeira década da carreira. 14,29% segunda década da carreira. 42,86% última década da carreira. 21,43% aposentados. 85,71% praças, soldados. 14,28% oficialato.	42,86% própria residência. 1 local de trabalho (quartel). 1 interior do próprio veículo. 35,71% arma de fogo. 28,57% enforcamento	9,42% oficiais apresentavam o salário comprometido com empréstimos ou dívidas.	indisponível no estudo

Schmidtk e, Fricke, Lester <sup>25</sup> 1999	Alemanha	Descritivo	1992-1996	Guardas federais de fronteira 21,78/100 mil	taxa de 30/100mil por ano para a faixa etária de 15 a 39 anos	indisponível no estudo	Armas de serviço 66%-87%	Em 21 casos os motivos foram “pessoais”, destes 21 casos, 9 estavam relacionados com “alcooolismo” e 5 com excesso dívidas.	indisponível no estudo
Helmkamp <sup>26</sup> 1996	EUA	Descritivo	1980 a 1992	15.25% taxa por 100mil homens alistados no Exército	95% vítimas eram homens 74% da faixa etária de risco eram homens entre 20 e 34 anos 82% homens brancos 14% homens negros	1.5% Especialistas em apoio de fogo. 11.8% Infantaria. 4.5% Policiais Militares.	61% armas de fogo. 15% enforcados	indisponível no estudo	indisponível no estudo

**Tabela 1 - Características dos estudos e síntese dos fatores associados a mortalidade de agentes da segurança pública por suicídio.**

<b>Autor Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Período estudo</b>	<b>Taxa de suicídio</b>	<b>Fatores sociodemográficos</b>	<b>Fatores da atuação profissional</b>	<b>Fatores da ocorrência</b>	<b>Fatores motivacionais</b>	<b>Características contextuais</b>
Lester <sup>27</sup> 1993	Nova York	Estudo de casos	1934 a 1939	indisponível no estudo	92 suicídios restantes foram todos homens, idade média = 39,7 anos.	indisponível no estudo	indisponível no estudo	25% depressão; 13% ideação paranoica, abuso de álcool; 36% problemas no trabalho ao longo dos anos; 7% menos duas semanas do aniversário; 11% casado; 84% patrulheiro; 84% primogênito; 27% filho único. 23% último filho. 28% perda de um progenitor antes dos 15 anos devido a morte ou divórcio. 65% pessoais; 29% interpessoais.	indisponível no estudo
Maselli et al <sup>28</sup> 2022	Itália	Coorte	2016 a 2021	10,7 por 100.000 indivíduos por ano (IC de 95% = 9,54–11,86) a taxa média	62 homens e 3 mulheres. 47,54 anos a idade média. 56,9% casada. 20% solteira. 16,9% separada/divorciad a. 4,6% união de facto. 66,2% tinham ensino médio completo. 16,9% tinham ensino fundamental. 7,7% tinham ensino superior completo. 9,2% o nível de escolaridade era desconhecido ou não indicado.	indisponível no estudo	83,1% utilizando sua arma de serviço. 6,2% enforcamento. 4,6% defenestração/precipita ção. 3,1% usando sua própria arma. 3,1% facada. 86,2% armas de fogo foram usadas.	38,5% questões pessoais e familiares. 15,4% luto, separação/divórcio, transtornos psiquiátricos. 6,2% doenças orgânicas. 3,1% problemas econômicos. 1,5% desonra percebida. 35,4% desconhecidas.  Período pré-pandêmico (2016-2019) 40,8% emocionais (questões pessoais e familiares, luto, separação/divórcio). 16,3% transtornos psiquiátricos. 32,7% desconhecidos.  Período da pandemia 31,3% problemas emocionais; 12,5% doenças psicológicas; 12,5% orgânicas; 43,8% desconhecido.	indisponível no estudo

Os achados revelam uma variação expressiva nas taxas de suicídio entre agentes das forças de segurança ao redor do mundo, com destaque para os índices observados em diferentes contextos institucionais e temporais. Taxas elevadas foram registradas no estado de Nova York por Violanti et al. (2011)<sup>16</sup>, atingindo 31,5 casos por 100 mil oficiais em atividade. Um cenário de vulnerabilidade moderada a alta também foi observado na Europa e na América do Norte em períodos mais recentes: na Alemanha, Schmidtke et al. (1999)<sup>25</sup> registraram 21,78 casos por 100 mil entre guardas de fronteira em 1990, enquanto em Montreal, no Canadá, Mishara e Fortin (2022)<sup>14</sup> documentaram uma taxa de 15,53 por 100 mil na última década.

O perfil das vítimas concentra-se predominantemente no sexo masculino. Na Itália, enquanto dados mais antigos analisados por Grassi et al. (2019)<sup>5</sup> apontavam uma idade média de 38,9 anos, registros mais recentes avaliados por Maselli et al. (2022)<sup>28</sup> indicam um envelhecimento das vítimas, com média de 47,5 anos, além de forte predominância masculina (95,3%) e concentração em indivíduos casados e com ensino médio completo.

No Brasil, os dados regionais revelaram diferenças de gênero e idade. No Rio Grande do Sul, Gomes et al. (2018)<sup>21</sup> observaram que a idade média tendeu a ser mais jovem (36 anos), destacando-se o fato de a incidência anual entre mulheres (18,8 por 100 mil) superar a dos homens (11,9 por 100 mil). Em contrapartida, em Santa Catarina, Pereira et al. (2020)<sup>24</sup> identificaram que a totalidade dos casos analisados restringiu-se a policiais masculinos, brancos, majoritariamente casados e com filhos, distribuídos equilibradamente entre as faixas etárias de 26 a 32 anos e 40 a 47 anos.

Quanto às características da atuação, nos Estados Unidos, Violanti et al. (2013)<sup>19</sup> e Violanti e Steege (2021)<sup>3</sup> apontam um risco significativamente elevado para cargos de investigação como detetives e investigadores criminais, cuja proporção de mortes por suicídio chega a ser 64% maior do que a de outras categorias profissionais.

No cenário brasileiro, a transição para a aposentadoria mostra-se como um momento de vulnerabilidade, segundo Pereira et al. (2020)<sup>24</sup>, em Santa Catarina, o fenômeno concentra-se nos extremos da carreira, uma maioria expressiva dos casos ocorre na última década de serviço ativo (42,86%) ou logo após a aposentadoria (21,43%), afetando quase exclusivamente praças (soldados).

No que tange aos fatores da ocorrência, há clara convergência na literatura quanto aos meios utilizados, com predomínio do uso de armas de fogo, especialmente a arma de serviço fornecida pela própria corporação. No estudo de Violanti et al.<sup>15</sup> (2012), realizado nos Estados Unidos entre 2002 e 2011, 91,4% dos suicídios ocorreram com o uso de arma de fogo,

enquanto outros métodos incluíram facas, enforcamento, asfixia, overdose de drogas e acidentes automobilísticos. Além disso, 89% dos suicídios ocorreram fora do local de trabalho, e 84,7% foram cometidos por policiais ativos. O estudo de Maselli et al.<sup>28</sup>(2022), realizado na Itália entre 2016 e 2021, identificou que 83,1% dos suicídios foram cometidos com a arma de serviço da própria vítima. Quanto aos métodos utilizados, 86,2% envolveram armas de fogo, 6,2% ocorreram por enforcamento, 4,6% por defenestração/precipitação, 3,1% usando sua própria arma e 3,1% por facada.

Quanto ao local da ocorrência, os dados revelam um comportamento ambíguo. Enquanto a pesquisa norte-americana de Violanti et al. (2012)<sup>15</sup> aponta que a esmagadora maioria dos eventos (89%) ocorre fora do ambiente de trabalho, os dados nacionais de Pereira et al. (2020)<sup>24</sup>, referentes a Santa Catarina, dividem o fenômeno: quase metade ocorre na residência da vítima, mas há registros pontuais e simbólicos de atos cometidos no interior de quartéis e veículos particulares.

A análise dos fatores motivacionais revela que, embora o suicídio ocorra no ambiente policial, as justificativas mais prevalentes na literatura internacional transitam pela esfera privada. Conflitos pessoais, familiares, lutos e divórcios chegam a responder por quase 40% dos casos na Itália nos estudos de Grassi et al. (2019)<sup>5</sup> e Maselli et al. (2022)<sup>28</sup>, e também na Alemanha segundo Schmidtke et al. (1999)<sup>25</sup>. Transtornos psiquiátricos, abuso de álcool e o endividamento financeiro também figuram como gatilhos recorrentes.

## **4 DISCUSSÃO**

A síntese dos resultados obtidos a partir da busca de artigos sobre suicídio entre agentes das forças de segurança pública está apresentada na Tabela 1. Os dados analisados revelaram que as maiores taxas de suicídio foram observadas nos Estados Unidos, seguidos pela Alemanha e Canadá. Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria das vítimas era composta por homens com idades entre 30 e 50 anos. Foi identificada uma possível relação entre o cargo ocupado e o risco de suicídio, sendo detetives e investigadores criminais as categorias mais vulneráveis, assim como uma possível relação entre tempo de serviço do agente e o seu suicídio. A maioria dos casos ocorreu fora do ambiente de trabalho, frequentemente com o uso de armas de fogo, especialmente a arma de serviço. Fatores como problemas pessoais, transtornos psiquiátricos e luto foram recorrentemente citados como motivacionais.

Os Estados Unidos lideram em número de publicações sobre o suicídio de agentes

das forças de segurança pública, com 9 estudos, seguidos por Brasil, Canadá e Itália, com 2 artigos cada. Os demais artigos distribuíram-se entre Alemanha e Noruega, cada uma com 1 publicação.

As maiores taxas de suicídio foram relatadas por Violanti et al.<sup>16</sup> (2011) em Nova York, que registraram uma taxa de 31,5 suicídios por 100mil oficiais por ano entre 1950 e 2005. Em comparação, na Alemanha, Schmidtke, Fricke e Lester<sup>25</sup>(1999) identificaram entre guardas de fronteira federais uma taxa de suicídio de 21,78 por 100mil habitantes no período entre 1992 a 1996. Essas diferenças sugerem que fatores culturais, sociais e institucionais podem influenciar as variações nas taxas.

Segundo Miller<sup>29</sup> (2005), nos EUA, os casos de suicídio entre policiais têm crescido desde a década de 1920. A taxa de suicídio entre agentes da lei é de duas a três vezes maior do que a da população em geral, onde cerca de 300 policiais cometem suicídio anualmente. Esse número supera as mortes causadas por criminosos no exercício da função, tornando o suicídio a causa mais letal na profissão policial. Ainda segundo o autor há também a hipótese de que essa taxa seja subestimada, visto que muitas mortes classificadas como de "causa indeterminada" podem, na realidade, serem suicídios.

No Brasil, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública<sup>30</sup> (2022) destacou que o suicídio era a segunda principal causa de morte entre policiais no ano de 2022, superando mortes por confrontos em serviço, no entanto, em 2023, os dados revelaram que, pela primeira vez, o suicídio se tornou a principal causa de morte entre policiais militares, ultrapassando os confrontos tanto durante a folga quanto em serviço. Esses números expressivos destacam o crescimento exponencial dos casos de autoextermínio entre esses agentes.

Diante de tal cenário, é fundamental compreender o suicídio como um fenômeno multifatorial. A identificação do perfil das vítimas é um passo crucial para a prevenção, pois permite que profissionais e a sociedade reconheçam padrões comuns e fatores de risco associados a esses eventos<sup>31</sup>.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos estudos analisados, as vítimas eram compostas, em sua maioria, por homens caucasianos, com idades entre 30 e 50 anos<sup>5,18,19,20,24,26</sup>. A predominância masculina pode ser explicada pelo alto percentual de homens nas forças de segurança pública, de acordo com a Pesquisa de Perfil das Instituições de Segurança Pública<sup>32</sup> (2019).

Em 2014, o percentual de homens na polícia civil, polícia militar e no corpo de bombeiro correspondia a mais de 80% do efetivo total, além disso as mulheres tendem a apresentar maiores tentativas de suicídio, enquanto os homens têm uma taxa de suicídio

consumado de duas a três vezes maior, fato que pode estar relacionado à escolha de métodos mais letais, além de uma resistência em buscar ajuda profissional<sup>31</sup>.

Quanto ao estado civil, foi observado maior número de suicídios em vítimas casadas<sup>24,28</sup>. Esses dados apresentam discordância com a literatura, visto que o casamento, assim como a constituição de uma família, é considerado fator protetor, uma vez que o matrimônio pode oferecer apoio emocional e reduzir a possibilidade de solidão<sup>31,33,34</sup>.

Carvalho<sup>35</sup> (2020) destaca que é importante compreender o suicídio entre esses profissionais como um fenômeno multidisciplinar, uma vez que envolve fatores estruturais, organizacionais e hierárquicos específicos desse tipo de trabalho. Dessa forma, é crucial analisar tais ocorrências de modo a elencar fatores de risco ocupacional, interpessoal e individual que contribuem para o aumento dos casos.

No que tange os fatores relacionados a atuação profissional, foi observado que profissionais na última década de serviço são mais propensos ao suicídio, seguidos por aqueles que estão na primeira década<sup>16,24</sup>. Também foi identificada uma maior incidência de suicídios entre agentes de alta patente, como detetives e investigadores criminais<sup>3,19,20</sup>.

Miranda, Mendes e Nunes<sup>36</sup> (2017), em seu estudo sobre as percepções do comportamento suicida na Polícia Militar do Estado da Bahia, identificaram, no ano de 2014, 13 casos de suicídio, dos quais dez envolviam homens e praças. Além disso, desvalorização profissional, perseguições por superiores, sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções foram mencionados como possíveis indicadores do adoecimento psíquico.

No que tange os profissionais das forças de segurança pública, esses fatores intrínsecos às especificidades da profissão transcendem o ambiente laboral e afetam outras áreas da vida dos indivíduos<sup>37</sup>. Em instituições como a polícia, a hierarquia define funções e o status social de cada membro. Contudo, essa estrutura rígida pode se tornar um fim em si mesma, favorecendo comportamentos autoritários por parte dos superiores. Esse distanciamento e a forte estratificação tendem a desgastar as relações profissionais e a elevar o estresse dos subordinados<sup>38</sup>.

No tocante aos fatores relacionados à ocorrência, o fácil acesso a armas de fogo, sejam pessoais ou da corporação, é o meio mais comumente utilizado nas ocorrências de suicídio entre policiais, seguido de enforcamento<sup>5,15,18,24</sup>. Considerado uma especificidade do suicídio entre profissionais da segurança pública, o fácil acesso à arma de fogo torna esse instrumento o meio mais utilizado. A preponderância de casos utilizando esse meio, reacende o debate acerca do controle de acesso a armas para agentes que enfrentam problemas de saúde mental, como estratégia preventiva<sup>39,40</sup>.

Em relação aos fatores motivacionais, embora a compreensão seja crucial, a coleta de dados apresenta desafios devido à natureza dinâmica e complexa das ocorrências de suicídio. Nos estudos que investigaram o suicídio entre agentes das forças de segurança pública, os dados foram frequentemente obtidos por meio de relatórios dos departamentos de polícia. Esses relatórios destacaram motivos pessoais e familiares, como luto, divórcio e questões econômicas, como os fatores mais recorrentes<sup>5,24,25,27,28</sup>.

O impacto financeiro causado pelo endividamento<sup>5,24,25,28</sup> é citado como fator motivacional relacionado a ocorrência que leva o agente ao suicídio. Embora nenhum fator isolado ou evento estressor seja capaz de explicar completamente um ato suicida visto que, geralmente, diversos fatores de risco agem simultaneamente, aumentando a vulnerabilidade de um indivíduo ao comportamento suicida<sup>31</sup>.

O FPSP<sup>41</sup> (2023) relata o impacto causado pelos processos. O silêncio entre policiais que sofrem emocionalmente é comum, estando parte disso ligado ao impacto financeiro, especialmente em decorrência de endividamentos gerados pelos custos de defesa legal em processos relacionados ao serviço.

Esse cenário econômico também afeta a busca por ajuda profissional, pois muitos policiais evitam procurar assistência psiquiátrica com receio de perder o porte de arma. Para muitos, essa medida comprometeria sua renda, já que o serviço de segurança privada é uma importante fonte de complemento salarial para a maioria dos policiais militares<sup>39</sup>.

Além disso, muitos agentes adotam o papel de "policial herói", o que os impede de reconhecer e buscar ajuda para suas próprias dificuldades emocionais. O desgaste físico e mental devido à exposição constante a situações perigosas e o estresse gerado por tarefas administrativas excessivas também são problemas recorrentes<sup>40</sup>.

As limitações desta revisão centram-se na restrição de acesso a artigos pagos, o que pode ter excluído artigos relevantes, e na heterogeneidade metodológica dos estudos, dificultando comparações padronizadas. Além disso, a escassez de publicações na América Latina impediu um panorama regional abrangente que considerasse as especificidades locais. Por fim, o predomínio de pesquisas em países de alta renda limita a generalização dos achados para a realidade brasileira, evidenciando a necessidade de novos estudos nacionais e da América Latina.

## 5 CONCLUSÃO

O suicídio entre agentes da segurança pública configura-se como um problema de grande relevância na atualidade, demandando ações intersetoriais urgentes para sua prevenção. A implementação de estratégias voltadas à vigilância da saúde mental desses profissionais é essencial para reduzir o risco de suicídio. Tais ações devem ser acompanhadas de um diálogo aberto e constante dentro das corporações. É crucial que o tema seja discutido abertamente, desmistificando os estigmas sociais que envolvem a busca por ajuda psicológica e incentivando uma cultura de acolhimento e cuidado.

Ademais, há uma necessidade clara de mais estudos que explorem, de maneira aprofundada, os fatores associados ao suicídio entre esses profissionais, especialmente em contextos menos investigados, como os países da América Latina.

## REFERÊNCIAS

1. Durkheim E. O suicídio: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar; 1897.
2. Cardoso LLS, Nascimento WF do. Produções bioéticas brasileiras acerca do suicídio: revisão sistemática. Rev Bioét. 2023;31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233444PT>
3. Violanti JM, Steege A. Law enforcement worker suicide: an updated national assessment. Policing (Bradford Engl). 2021;44(1):18-31. doi:10.1108/PIJPSM-09-2019-0157.
4. Vidailhet P, Mengin AC, M. Posttraumatic stress disorder and depression after the 2018 Strasbourg Christmas Market terrorist attack: a comparison of exposed and non-exposed police personnel. Eur J Psychotraumatol. 2023;14(2):2214872. doi:10.1080/20008066.2023.2214872.
5. Grassi C, Del Casale A, Cucè P, Kotzalidis GD, Pelliccione A, Marconi W, et al. Suicide among Italian police officers from 1995 to 2017. Riv Psichiatr. 2019;54(1):18-23. doi:10.1708/3104.30936.
6. Marins EF, Ferreira RW, Freitas FC, Dutra GFAA, Vasconcelos Júnior JRE, Caputo EL. Mortality in Brazilian federal highway police officers: time series from 2001 to 2020. Rev Saude Publica. 2022;56:82. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004210>
7. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>
8. Chersoni FA, Pedroso AF, Carvalho TJ, editores. Criminologia periférica. São Borja: Editora CLAE; 2023.

doi:10.23899/9786589284369.

9. Garcia-Ramos A, Gonzalez-Weiss R, Lopez DJ, Perez-Diez I, Fernandez-Rodrigues V, de la Torre-Luque A. Suicide mortality in a Spanish police force: the case of the Civil Guard. *Span J Psychiatry Ment Health*. 2023;16(2):1-9. doi:10.1016/j.rpsm.2023.01.002.

10. Conforto EC, Amaral DC, Silva L. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. In: Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento de Produto – CBGDP; 2011; Porto Alegre. Porto Alegre: IBGDP; 2011. p. 1-12. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/267380020\\_Roteiro\\_para\\_Revisao\\_Bibliografica\\_Sistemica\\_Aplicacao\\_no\\_Deenvolvimento\\_de\\_Produtos\\_e\\_Gerenciamento\\_de\\_Projetos](https://www.researchgate.net/publication/267380020_Roteiro_para_Revisao_Bibliografica_Sistemica_Aplicacao_no_Deenvolvimento_de_Produtos_e_Gerenciamento_de_Projetos)

11. Galvão TF, Pansani TSA. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):335-42. doi:10.5123/S1679-49742015000200017.

12. Akobeng AK. Understanding systematic reviews and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2005;90:845-8. doi:10.1136/adc.2004.058230.

13. Morgan RL, Whaley P, Thayer KA, Schünemann HJ. Identifying the PECO: a framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. *Environ Int*. 2018;121(Pt 1):1027-31. doi:10.1016/j.envint.2018.07.015.

14. Mishara BL, Fortin LF. Long-term effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*. 2022;43(3):183-9. doi:10.1027/0227-5910/a000774.

15. Violanti JM, Mnatsakanova A, Burchfiel CM, Hartley TA, Andrew ME. Police suicide in small departments: a comparative analysis. *Int J Emerg Ment Health*. 2012;14(3):157-62.

16. Violanti JM, Gu JK, Charles LE, Fekedulegn D, Andrew ME, Burchfiel CM. Is suicide higher among separated/retired police officers? An epidemiological investigation. *Int J Emerg Ment Health*. 2011;13(4):221-8.

17. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*. 2012;33(3):162-8. doi:10.1027/0227-5910/a000125.

18. Marzuk PM, Nock MK, Leon AC, Portera L, Tardiff K. Suicide among New York City police officers, 1977-1996. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2069-75. doi:10.1176/appi.ajp.159.12.2069.

19. Violanti JM, Robinson CF, Shen R. Law enforcement suicide: a national analysis. *Int J Emerg Ment Health Hum Resilience*. 2013;doi: 15(4):289-98.

20. Lai K, Jameson JT, Russell DW. Prevalence and correlates of destructive behaviors in the US Naval Surface Forces from 2010-2020. *BMC Psychol*. 2023;11(1):103. doi:10.1186/s40359-023-01134-1.

21. Gomes DAR, Araújo RMF, Gomes MS. Incidence of suicide among military police officers in South Brazil: an 11-year retrospective cohort study. *Compr Psychiatry*. 2018;85:61-6. doi:10.1016/j.comppsy.2018.06.006.

22. Violanti JM. Trends in police suicide. *Psychol Rep.* 1995;77(2):688-90. doi:10.2466/pr0.1995.77.2.688.
23. Thoresen S, Mehlum L. Risk factors for fatal accidents and suicides in peacekeepers: is there an overlap? *Mil Med.* 2004;169(12):988-93. doi:10.7205/MILMED.169.12.988.
24. Pereira GK, Madruga AB, Kawahala E. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cad Saude Colet.* 2020;28(4):500-9. Doi:10.1590/1414-462X202028040562  
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040562>
25. Schmidtke A, Fricke S, Lester D. Suicide among German Federal and State Police Officers. *Psychol Rep.* 1999;84(1):157-66. doi:10.2466/pr0.1999.84.1.157.
26. Helmkamp JC. Occupation and suicide among males in the US Armed Forces. *Ann Epidemiol.* 1996;6(1):83-8. doi:10.1016/1047-2797(95)00121-2.
27. Lester D. A study of police suicide in New York City, 1934-1939. *Psychol Rep.* 1993;73(3 Pt 2):1395-8. doi:10.2466/pr0.1993.73.3f.1395.
28. Maselli S, Del Casale A, Paoli E, Pompili M, Garbarino S. Suicide trends in the Italian State Police during the SARS-CoV-2 pandemic: a comparison with the pre-pandemic period. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(10):5904. doi:10.3390/ijerph19105904.
29. Miller L. Police officer suicide: causes, prevention, and practical intervention strategies. *Int J Emerg Ment Health.* 2005;7(2):101-14.
30. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 16º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2022. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/4f923d12-3cb2-4a24-9b63-e41789581d30>
31. Cassorla RMS. Estudos sobre suicídio: psicanálise e saúde mental. São Paulo: Blucher; 2017.
32. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública. Pesquisa perfil das instituições de segurança pública ano-base 2017. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2019.
33. Stack S. Contributing factors to suicide: political, social, cultural and economic. *Prev Med.* 2021;152(Pt 1):106498. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106498.
34. Chen J, Lui ID, Hsu YC, Yip PSF. Patterns in suicide by marital status in Hong Kong, 2002-2020: is marriage still a protective factor against suicide? *J Affect Disord.* 2024;346:31-9. doi:10.1016/j.jad.2023.10.089. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.100>
35. Carvalho ALP. Suicídio entre agentes de segurança pública: revisão de literatura [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2020. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/84133>

36. Miranda DL, Mendes L, Nunes P. As percepções do comportamento suicida na Polícia Militar do Estado da Bahia. Rev Bras Psicol. 2017;4(1). Disponível em:  
<https://ippesbrasil.com.br/wp-content/uploads/2020/06/Artigo-1-Salvador-Revista-Brasileira-de-Psicologia-2017.pdf>
37. Paula RSDLLD. Segurança pública e violência: o Estado está cumprindo seu papel? 2 ed. São Paulo: Contexto; 2006.
38. Miranda D, Cruz FN, Fonte M, Napolião P, Pereira TGS, Ceratti NF. Boletim IPPES 2020: notificação de mortes violentas intencionais entre profissionais de segurança pública no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio; 2020.
39. Miranda D. Porque os policiais se matam? Condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mórula; 2016.
40. Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio. Boletim IPPES 2023: notificações de mortes violentas intencionais e tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública no Brasil. Rio de Janeiro: IPPES; 2023. Disponível em:  
<https://ippesbrasil.com.br/wp-content/uploads/2023/12/Boletim-IPPES-2023-versao-final-15-12-2023.pdf>
41. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2023. Disponível em:  
<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>

# **Tuberculose Drogarresistente no estado de Pernambuco: características sociodemográficas e clínicas**

*Drug Resistant Tuberculosis in the state of Pernambuco: sociodemographic and  
clinical characteristics*

*Tuberculosis Drogarresistente en el estado de Pernambuco: características  
sociodemográficas y clínicas*

**Cândida Maria Nogueira Ribeiro<sup>1</sup>**

**Camila Caroline da Silva<sup>2</sup>**

**Janaide Rodrigues de Araujo Faustino<sup>3</sup>**

**Maria Clara Acioli<sup>4</sup>**

**Marília Passos de Carvalho<sup>5</sup>**

**Raissa Cristina Soares de Oliveira<sup>6</sup>**

**Viviany Souza de Oliveira<sup>7</sup>**

**Maria de Fátima P. Militão de Albuquerque<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Consultora OPAS CIEVS RSUL/CE

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

<sup>3</sup>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE)

<sup>4</sup>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE)

<sup>5</sup>Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

<sup>7</sup>Secretaria de Saúde do Recife (SESAU/PE)

<sup>8</sup>Departamento de Saúde Coletiva (UFPE)

## **RESUMO**

**Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas e clínicas das pessoas residentes em Pernambuco, notificadas com Tuberculose Drogarresistente entre 2018 e 2022. **Metodologia:** estudo quantitativo e observacional, a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose. **Resultados:** foram notificados 283 casos de com predomínio do sexo masculino (69,3%), cor parda (71,0%), faixa etária de 15 a 39 anos (48,8%), quatro a sete anos de estudo (44,2%). Predomínio da forma pulmonar (92,6%), TBDR adquirida (67,1%), resistente à rifampicina (63,6%) e 73,9% casos novos. Desses, 72,8% realizaram testagem anti-HIV e 17,3% foram positivos. A média de abandono foi de 29,7%. **Conclusão:** os dados apontam possíveis fragilidades na rede de saúde em relação à detecção precoce, acompanhamento e tratamento adequado dos casos, impactando na adesão ao tratamento e redução nas chances de cura.

**Palavras-chave:** Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos. Saúde Pública. Perfil de Saúde. Vigilância epidemiológica.

## ABSTRACT

**Objective:** describe the sociodemographic and clinical characteristics of individuals residing in Pernambuco, notified with Drug-Resistant Tuberculosis between 2018 and 2022. **Methods:** quantitative and observational study, using secondary data from the Special Tuberculosis Treatment Information System. **Results:** a total of 283 cases were reported, predominantly male (69.3%), mixed race (71.0%), aged 15 to 39 years (48.8%), with four to seven years of education (44.2%). Pulmonary form predominated (92.6%), acquired DR-TB (67.1%), resistant to rifampicin (63.6%), and 73.9% were new cases. Of these, 72.8% underwent HIV testing, with 17.3% testing positive. The average abandonment rate was 29.7%. **Conclusion:** the data indicate potential weaknesses in the healthcare system regarding early detection, monitoring, and appropriate treatment, impacting treatment adherence and reducing chances of cure.

**Keywords:** Multidrug-Resistant Tuberculosis. Public Health. Health Profile. Epidemiological Surveillance.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas residentes en Pernambuco, notificadas con Tuberculosis Multirresistente entre 2018 y 2022. **Metodología:** estudio cuantitativo y observacional, utilizando datos secundarios del Sistema de Información de Tratamientos Especiales de Tuberculosis. **Resultados:** se notificaron 283 casos, con predominio masculino (69.3%), raza mixta (71.0%), edad de 15 a 39 años (48.8%), educación de cuatro a siete años (44.2%). Predominio de la forma pulmonar (92.6%), TBDR adquirida (67.1%), resistente a rifampicina (63.6%), y 73.9% casos nuevos. De estos, el 72.8% se sometió a pruebas de VIH, con un 17.3% positivos. La tasa de abandono promedio fue de 29.7%. **Conclusión:** los datos indican posibles debilidades en la red de salud respecto a la detección temprana, seguimiento y tratamiento adecuado, afectando la adherencia al tratamiento y reduciendo las posibilidades de cura.

**Palabras clave:** Tuberculosis Multirresistente. Salud Pública. Perfil de Salud. Vigilancia Epidemiológica.

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença associada às vulnerabilidades biológicas e sociais que muitas vezes se somam, permanecendo como um problema de saúde pública<sup>1</sup>.

Até a pandemia (COVID-19), a tuberculose era a principal causa de morte no planeta por um único agente infeccioso<sup>2</sup>. No mundo, o número de notificações de casos novos TB caiu de 7,1 milhões, em 2019, para 5,8 milhões em 2020 e 6,4 milhões em 2021, sugerindo a diminuição no número de casos notificados e crescimento do número de pessoas não diagnosticadas com provável aumento da transmissão comunitária<sup>3</sup>.

No Brasil, em 2019 foram notificados 73.864 casos novos de tuberculose e dentre estes, 4.476 foram de residentes do estado de Pernambuco<sup>4</sup>. Em 2022 o país registrou 78.057 casos novos e desses, 5.149 casos foram notificados no referido estado. Pernambuco apresenta alta carga da doença, com elevado coeficiente de incidência (52,8 casos/100.000 habitantes) em 2022<sup>5</sup>.

A Tuberculose Drogarresistente (TBDR), é definida quando ocorre resistência bacteriana à pelo menos à rifampicina e/ou isoniazida, fármacos que compõem, junto com a pirazinamida e o etambutol, o esquema básico para o tratamento da doença. Em geral, os casos com esta condição clínica são mais difíceis de tratar e curar<sup>6</sup>.

Acompanhando a tendência da TB sensível, no período pandêmico, foi observada uma redução no número de pessoas em tratamento para TBDR em todo o mundo<sup>3</sup>. No ano de 2019, o Brasil notificou 1.431 casos novos, dos quais 45 casos residiam em Pernambuco. No ano de 2021, foram notificados 1.283 casos no país, tendo Pernambuco contribuído com 43 notificações. Em 2022 foram identificados 52 casos no estado<sup>7</sup>.

A TBDR é identificada como primária quando pessoas sem histórico de tratamento anterior para tuberculose apresentam resistência a uma ou mais drogas do esquema básico. A resistência adquirida ou secundária é decorrente de tratamentos incompletos ou inadequados<sup>8</sup>. O Brasil, atendendo a recomendações da OMS, passou a adotar recentemente a seguinte classificação para a TBDR, quanto ao padrão de resistência<sup>9</sup>.

Monorresistência: resistência a somente um fármaco antituberculose. As monorresistências que são objeto de vigilância são as da rifampicina e da isoniazida, que devem ser notificadas no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB); Polirresistência: resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto a associação rifampicina e isoniazida; Resistência à rifampicina (TB RR): identificada por meio do TRM-TB exclusivamente (ainda sem teste de sensibilidade, sem outras resistências conhecidas); Multirresistência (TB MDR): resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida; Resistência extensiva (TB XDR): resistência à rifampicina e isoniazida acrescida de resistência a fluoroquinolona (qualquer delas) e linezolida ou bedaquilina (Nota Informativa Nº 9/2021-CGDR. DCCI/SVS/MS).

A TBDR apresenta-se como uma ameaça para o controle da tuberculose, causando consequências dramáticas para a sociedade, estando muitas vezes associada às populações com vulnerabilidades sociais associadas ao abandono, tais como: pessoas vivendo com HIV,

Pessoa Privada de Liberdade (PPL), etilistas, portadores de comorbidades, não adesão ao Tratamento Diretamente Observado (TDO) e baixa escolaridade<sup>10</sup>.

O objetivo deste estudo é descrever as características sociodemográficas e clínicas das pessoas residentes em Pernambuco que foram notificadas como casos de TBDR no SITETB entre 2018 e 2022. A hipótese subjacente é que a análise detalhada dessas características pode fornecer insights importantes para aprimorar as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose drogarresistente no estado.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo observacional, através do uso de dados de fonte secundária extraídos do SITETB, abrangendo o total de casos de TBDR notificados entre 2018 e 2022, envolvendo residentes de Pernambuco.

O SITETB é um sistema online destinado aos casos de TBDR e/ou a casos que necessitem de tratamentos especiais de TB ou casos de micobacterioses não causadoras de TB. Este sistema tem como principais funções o monitoramento dos casos citados e a qualificação do controle dos fármacos utilizados no tratamento<sup>11</sup>.

Pernambuco está situado no Nordeste do Brasil, sendo composto por 184 municípios e um distrito estadual, o arquipélago de Fernando de Noronha. Possui uma população de 9.674.793 habitantes, distribuídos em 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES)<sup>12</sup>. O estado possui dois serviços ambulatoriais de referência terciária para notificação e acompanhamento/tratamento de casos de TBDR.

Os dados coletados foram consolidados utilizando o editor de planilhas Microsoft Office Excel e submetidos a análises estatísticas por meio de distribuições de frequência, tendo sido utilizado as variáveis abaixo relacionadas:

- Variáveis Sociodemográficas - ano de diagnóstico (2018 a 2022); GERES de residência (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII); sexo (masculino ou feminino); faixa etária (15-39 anos, 40-59 anos e 60 ou mais anos); anos de estudo (nenhum, ignorado, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11, 12 ou + anos); raça/cor (branca, preta, parda, indígena, ignorada);
- Variáveis Clínicas - forma clínica (pulmonar, extrapulmonar e mista); tipo de resistência (primária ou adquirida); padrão de resistência (monorresistência, multirresistência, polirresistência e resistência extensiva); tipo de entrada (caso novo, recidiva, reingresso após abandono, falência, mudança de esquema); desfecho de

tratamento (sucesso terapêutico, abandono, falência, mudança de diagnóstico, mudança de esquema, mudança de padrão de resistência, óbito, óbito por outras causas, em tratamento) e exame para o HIV (não realizado, positivo, negativo).

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS). Para acessar o SITETB, foi feita uma solicitação prévia de Carta de Anuência à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Por se tratar exclusivamente de dados secundários extraídos do SITETB, não foi necessário submetê-la a um Comitê de Ética.

### 3 RESULTADOS

No período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022, os serviços estaduais de referência terciária notificaram e acompanharam no SITETB um total de 283 pessoas com diagnóstico de TBDR. De acordo com a tabela 1, o maior percentual de pessoas diagnosticadas foi concentrado em municípios localizados na I GERES (84,1%).

A partir do ano de 2020 (Tabela 1), observa-se que houve uma redução significativa de casos notificados na I Geres, quando comparado com os anos anteriores (2018 e 2019). As demais GERES não apresentam grandes mudanças ao longo do período. Em relação à escolaridade, 45,9% dos usuários tinham de 4 a 7 anos de estudo e 18,7% tinham de 8 a 11 anos de estudo, enquanto que quase 10% não estudaram. Quanto à variável raça/cor, em todos os anos do estudo, houve predomínio dos casos na população autodeclarada parda (71,0%) seguida pela população branca (17,3%).

**Tabela 1 - Número de casos notificados de TBDR, segundo perfil sociodemográfico. Pernambuco, 2018 a 2022**

Casos de TBDR notificados						
Anos	2018	2019	2020	2021	2022	Total
GERES	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
I	55(85,9%)	56(87,5%)	45(81,8%)	42(87,5%)	40(76,9%)	238(84,1%)
II	1(1,6%)	0(0,0%)	2(3,6%)	1(2,1%)	1(1,9%)	5(1,8%)
III	3(4,7%)	1(1,6%)	3(5,5%)	0(0,0%)	1(1,9%)	8(2,8%)
IV	1(1,6%)	3(4,7%)	3(5,5%)	2(4,2%)	3(5,8%)	12(4,2%)
V	0(0,0%)	1(1,6%)	1(1,8%)	0(0,0%)	2(3,9%)	4(1,4%)
VI	1(1,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,1%)	0(0,0%)	2(0,7%)
VII	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,9%)	1(0,4%)
VIII	1(1,6%)	1(1,6%)	0(0,0%)	1(2,1%)	2(3,9%)	5(1,8%)
IX	1(1,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,4%)

X	0(0,0%)	1(1,6%)	1(1,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(0,7%)
XI	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
XII	1(1,6%)	1(1,6%)	0(0,0%)	1(2,1%)	2(3,9%)	5(1,8%)
Total	64(100%)	64(100%)	55(100%)	48(100%)	52(100%)	283(100%)
<b>Anos de estudo</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
1 – 3	12(18,8%)	9(14,1%)	8(14,6%)	5(10,4%)	7(13,5%)	41(14,5%)
4 – 7	36(56,3%)	34(53,1%)	25(45,5%)	12(25,0%)	23(44,2%)	130(45,9%)
8 – 11	8(12,5%)	13(20,3%)	12(21,8%)	10(20,8%)	10(19,2%)	53(18,7%)
12 ou +	1(1,6%)	1(1,6%)	0(0,0%)	8(16,7%)	1(1,9%)	11(3,9%)
Nenhum	4(6,3%)	6(9,4%)	3(5,5%)	9(18,8%)	5(9,6%)	27(9,5%)
Ignorado	3(4,7%)	1(1,6%)	7(12,7%)	4(8,3%)	6(11,5%)	21(7,4%)
Total	64(100%)	64(100%)	55(100%)	48(100%)	52(100%)	283(100%)
<b>Raça/Cor</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Branca	5(7,8%)	9(14,1%)	17(30,9%)	9(18,8%)	9(17,3%)	49(17,3%)
Parda	55(85,9%)	50(78,1%)	31(56,4%)	31(64,6%)	34(65,4%)	201(71,0%)
Preta	4(6,3%)	4(6,3%)	7(12,8%)	4(8,3%)	7(13,5%)	26(9,2%)
Indígena	0(0,0%)	1(1,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,4%)
Ignorada	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	4(8,3%)	2(3,9%)	6(2,1%)
Total	64(100%)	64(100%)	55(100%)	48(100%)	52(100%)	283(100%)

**Fonte:** Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB)/Ministério da Saúde.

A Tabela 2 mostra que 196 (69,3%) indivíduos eram do sexo masculino, e desses, 180 (91,8 %) encontravam-se na faixa etária economicamente ativa (15-59 anos) A razão por sexo oscilou no período, sendo a maior (4,5) em 2020 e a menor (1,6) em 2022.

**Tabela 2 - Número de casos notificados de TBDR segundo sexo e faixa etária. Pernambuco, 2018 a 2022**

**Casos de TBDR notificados**

Ano	Faixa etária							
	15 – 39		40 – 59		60 ou +		Total	
s	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
<b>2018</b>	22 (51,2%)	10 (47,6%)	18 (41,9%)	8 (38,1%)	3 (6,9%)	3 (14,3%)	43	21
<b>2019</b>	18 (40,9%)	10 (50,0%)	21 (47,7%)	10 (50,0%)	5 (11,4%)	0 (0,0%)	44	20
<b>2020</b>	29 (64,4%)	5 (55,6%)	13 (28,9%)	4 (33,3%)	3 (6,7%)	1 (10,0%)	45	10
<b>2021</b>	21 (65,6%)	4 (25,0%)	8 (25,0%)	8 (50,0%)	3 (9,4%)	4 (25,0%)	32	16
<b>2022</b>	12 (37,5%)	7 (35,0%)	18 (56,3%)	9 (45,0%)	2 (6,3%)	4 (20,0%)	32	20
Total	102 (52,0%)	36 (41,9%)	78 (39,8%)	38 (44,2%)	16 (8,2%)	12 (13,9%)	196	87

**Fonte:** Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB)/Ministério da Saúde.

Em relação à forma clínica, 92,6% foram pulmonares, 4,6% extrapulmonares e 2,8% apresentaram as duas formas clínicas. Quanto ao tipo de resistência, 190 (67,1%) casos apresentaram resistência adquirida e 93 (32,9%) resistência primária. A proporção de casos de

TBDR primária aumentou durante o período. De acordo com o padrão de resistência, 63,6% dos casos foram de resistência à rifampicina, seguido de 19,8% dos casos multirresistentes, conforme tabela abaixo.

A tabela 3 demonstra que 72,9% eram casos novos, seguido de reingresso após abandono (17,3%) e falência do tratamento (4,6%). Observa-se uma redução dos casos de reingresso após o abandono a partir de 2020, chegando a 10,4% em 2021. Não houve casos de falência em 2021 e 2022. Porém, no mesmo período houve um aumento do número de casos novos: 70,3% em 2019, 63,6% em 2020, 83,3% em 2021 e 86,5% em 2022.

Na mesma tabela, verifica-se que a proporção de testagem para HIV entre os casos de TBDR durante o período estudado, foi de 72,8% de testagem e dentre esses 17,3% tiveram resultado positivo para HIV e 55,5% resultado negativo. Nota-se que, em 27,2% dos casos notificados o exame não foi realizado, considerando todo o período estudado, destacando-se que em 2021 esse percentual alcançou 37,5% e subiu para 38,5% em 2022 (Tabela 3).

Observa-se ainda que em relação à situação de encerramento a média de sucesso terapêutico (tratamento completo + curado) entre os anos 2018 e 2020 foi de 36,4%; já nos anos de 2021 e 2022 esta média caiu para 4,1%; neste mesmo intervalo de tempo se observa que 67,3% dos casos se encontram em tratamento. Considerando todo o período do estudo houve 29,7% de abandono, devendo ser destacado o percentual de 40,6% no ano de 2019.

**Tabela 3 - Número de casos notificados de TBDR, segundo aspectos clínicos. Pernambuco, 2018 a 2022**

<b>Casos de TBDR notificados</b>						
<b>Anos</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>Total</b>
<b>Forma Clínica</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Pulmonar	63(98,4%)	64(100%)	49(89,1%)	41(85,4%)	45(86,5%)	262(92,6%)
Extrapulmonar + Pulmonar	0(0,0%)	0(0,0%)	5(9,1%)	3(6,3%)	5(9,6%)	13(4,6%)
Extrapulmonar	1(1,6%)	0(0,0%)	1(1,8%)	4(8,3%)	2(3,9%)	8(2,8%)
<b>Total</b>	<b>64(100%)</b>	<b>64(100%)</b>	<b>55(100%)</b>	<b>48(100%)</b>	<b>52(100%)</b>	<b>283(100%)</b>
<b>Tipo de Resistência</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Adquirida	52(81,3%)	40(62,5%)	35(63,6%)	32(66,7%)	31(59,6%)	190(67,1%)
Primária	12(18,8%)	24(37,5%)	20(36,4%)	16(33,3%)	21(40,4%)	93(32,9%)
<b>Total</b>	<b>64(100%)</b>	<b>64(100%)</b>	<b>55(100%)</b>	<b>48(100%)</b>	<b>52(100%)</b>	<b>283(100%)</b>
<b>Padrão de resistência</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Monorresistência	10(15,6%)	10(15,6%)	11(20,0%)	4(8,3%)	7(13,5%)	42(14,8%)
Multirresistência	21(32,8%)	11(17,2%)	14(25,5%)	8(16,7%)	2(3,9%)	56(19,8%)
Polirresistência	2(3,1%)	1(1,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(1,1%)
Resistência extensiva	1(1,6%)	0(0,0%)	1(1,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(0,7%)
Resistente à Rifampicina	30(46,9%)	42(65,6%)	29(52,7%)	36(75,0%)	43(82,7%)	180(63,6%)
<b>Total</b>	<b>64(100%)</b>	<b>64(100%)</b>	<b>55(100%)</b>	<b>48(100%)</b>	<b>52(100%)</b>	<b>283(100%)</b>
<b>Tipo de Entrada</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>

Reingresso após abandono	11(17,2%)	14(21,9%)	12(21,8%)	5(10,4%)	7(13,5%)	49(17,3%)
Caso Novo	44(68,8%)	45(70,3%)	35(63,6%)	40(83,3%)	45(86,5%)	209(72,9%)
Falência	3(4,7%)	4(6,3%)	6(10,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)	13(4,6%)
Mudança de esquema	2(3,1%)	0(0,0%)	1(1,8%)	1(2,1%)	0(0,0%)	4(1,4%)
Recidiva	4(6,3%)	1(1,6%)	1(1,8%)	2(4,2%)	0(0,0%)	8(2,8%)
<b>Total</b>	<b>64(100%)</b>	<b>64(100%)</b>	<b>55(100%)</b>	<b>48(100%)</b>	<b>52(100%)</b>	<b>283(100%)</b>
<b>Exame de HIV</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Não realizado	12(18,8%)	17(26,6%)	10(18,1%)	18(37,5%)	20(38,5%)	77(27,2%)
Negativo	42(65,6%)	34(53,1%)	36(65,5%)	21(43,8%)	24(46,2%)	157(55,5%)
Positivo	10(15,6%)	13(20,3%)	9(16,4%)	9(18,8%)	8(15,4%)	49(17,3%)
<b>Total</b>	<b>64(100%)</b>	<b>64(100%)</b>	<b>55(100%)</b>	<b>48(100%)</b>	<b>52(100%)</b>	<b>283(100%)</b>
<b>Desfecho de tratamento</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Sucesso Terapêutico	29(45,3%)	20(31,3%)	18(32,7%)	4(8,3%)	0(0,0%)	71(25,1%)
Abandono	22(34,4%)	26(40,6%)	19(34,5%)	7(14,6%)	10(19,2%)	84(29,7%)
Falência	2(3,1%)	5(7,8%)	3(5,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	10(3,5%)
Mudança de diagnóstico	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,35%)
Mudança de esquema	1(1,6%)	0(0,0%)	1(1,8%)	3(6,3%)	0(0,0%)	5(1,8%)
Mudança do padrão de resistência	0(0,0%)	1(1,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,4%)
Óbito	4(6,3%)	7(10,9%)	4(7,3%)	3(6,3%)	3(5,8%)	21(7,4%)
Óbito por outras causas	6(9,4%)	4(6,3%)	1(1,8%)	0(0,0%)	1(1,9%)	12(4,2%)
Em tratamento	0(0,0%)	1(1,6%)	8(14,5%)	31(64,6%)	38(73,1%)	78(27,6%)
<b>Total</b>	<b>64(100%)</b>	<b>64(100%)</b>	<b>55(100%)</b>	<b>48(100%)</b>	<b>52(100%)</b>	<b>283(100,%)</b>

**Fonte:** Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB)/Ministério da Saúde.

## 4 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, em todos os anos do estudo observa-se que o maior percentual de casos diagnosticados foi concentrado em municípios da I GERES, localizada na Região Metropolitana do estado, apresentando uma significativa redução no número de notificações a partir do ano de 2020, supondo-se que tal situação se configurou em decorrência do advento da pandemia da COVID-19, seguindo assim a tendência nacional, com declínio de casos diagnosticados e tratados no país, quando comparado com anos anteriores<sup>13</sup>. Observou-se ainda, elevado percentual em adultos jovens do sexo masculino, sugerindo a ocorrência de uma transmissão recente<sup>14,15,16</sup>.

A baixa escolaridade da maioria dos casos notificados é um fator que reflete a vulnerabilidade dos pacientes com TBDR, uma vez que uma menor escolaridade influencia na baixa adesão e abandono do tratamento, como relatado por Costa *et al* (2018)<sup>17</sup>. A forma clínica predominante foi à pulmonar, estando de acordo com o descrito na literatura sobre o

tema, por ser o local mais apropriado para a proliferação do *Mycobacterium tuberculosis* que tem preferência por áreas bem oxigenadas como os ápices pulmonares<sup>6</sup>.

Quanto ao tipo de resistência, a maioria dos casos diagnosticados apresentou a TBDR adquirida, embora chame atenção o aumento gradual de casos de resistência primária ao longo do período do estudo. Esse fato pode estar refletindo falhas no monitoramento clínico dos casos de TB com detecção tardia de casos de TBDR, o que pode levar à transmissão de cepas resistentes. No que se refere ao tipo de entrada dos pacientes no SITE-TB, 73,9% eram casos novos, situação análoga à encontrada em outros estudos; a maioria apresentou a TBDR adquirida, embora chame atenção o aumento gradual de casos de resistência primária, sugerindo a ocorrência de falhas no monitoramento clínico dos casos de TB. Em relação ao tipo de entrada no SITETB, a maioria eram casos novos, situação análoga à encontrada em outros estudos<sup>13, 18</sup>. Essas frequências podem estar relacionadas a tratamentos realizados de forma inadequada e/ou abandonos do tratamento da TB sensível, situações consideradas por diversos autores como principais causas do desenvolvimento de resistência bacteriana.

O alto percentual de pessoas que interromperam o tratamento, aliado à baixa proporção de casos que evoluíram com sucesso, representam uma ameaça real para o controle da TBDR no estado, favorecendo a manutenção da cadeia de transmissão desta condição clínica<sup>13</sup>. O tratamento da TBDR é um processo prolongado, geralmente durando cerca de 18 meses. Isso justifica o elevado número de casos em tratamento nos anos de 2021 e 2022; e o baixo percentual de sucesso terapêutico neste mesmo período.

A situação da TBDR em Pernambuco é preocupante, demonstrando ser imprescindível o estreitamento de parcerias entre os Programas Municipais de Controle de Tuberculose e as equipes de Atenção Primária à Saúde objetivando identificar e monitorar pessoas com história de tratamento anterior para TB<sup>19</sup>. Quanto ao teste de HIV, chama à atenção a alta positividade entre os casos testados e o alto percentual de pessoas que não realizaram o exame. Sabe-se que a associação do vírus do HIV ao bacilo da tuberculose promove o comprometimento da imunidade do paciente, aumentando a chance de desenvolver a TBDR<sup>6</sup>. Nessa perspectiva é essencial o incentivo para realização da testagem anti-HIV em todos os pacientes com tuberculose, pois auxilia no processo de diagnóstico e tratamento precoce da coinfeção.

Os efeitos colaterais, sociais, culturais e psicológicos podem tornar-se barreiras para o tratamento da TBDR, fazendo surgir uma maior necessidade de atendimento de forma integral, considerando os aspectos individuais e sociais de cada caso<sup>14</sup>. Embora curável, a doença permanece associada à pobreza e à baixa escolaridade, e seu enfrentamento não é simples nem para a pessoa adoecida nem para os que estão ao seu entorno<sup>15</sup>. A adesão ao

tratamento da TBDR abrange aspectos que vão além da dimensão singular e do poder de escolha do sujeito, remetendo à forma como a gestão opera e organiza os serviços de saúde<sup>14</sup>.

## 5 CONCLUSÃO

As características sociodemográficas e clínicas das pessoas afetadas pela TBDR em Pernambuco não se diferenciam do que foi encontrado em outros estudos realizados no país. No entanto, é importante ressaltar que os elevados percentuais de casos de resistência secundária e de abandono do tratamento, apontam para possíveis fragilidades na rede de serviços de saúde em relação à detecção precoce, acompanhamento e tratamento adequado das pessoas portadoras de bacilos resistentes em suas áreas de atuação. Sendo suposto que estas possíveis vulnerabilidades dos serviços possam ter impactado na adesão ao tratamento por parte das pessoas afetadas por essa condição clínica e, conseqüentemente, reduzindo as chances de cura.

## REFERÊNCIAS

1. MOREIRA, Adriana da Silva. KRITSKI, Afrânio Lineu. CARVALHO, Anna Cristina. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2020;46(5):e20200015. Available from: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em: 20 jan 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acesso em: 20 jan 2023]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS, DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Boletim Epidemiológico: tuberculose [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS, DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Boletim Epidemiológico: tuberculose [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS, DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SITETB (Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em: 03 maio 2023]. Available from: <http://sitetb.saude.gov.br/sitetb/admin/index.seam>
8. CAMINERO, JA. MONEDERO, A. RIEDER, HL. HELDAL, E. ALARCÓN, E. et al. Guidelines for clinical and operational management of drug-resistant tuberculosis. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2013.

9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS, DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Nota Informativa Nº 9/2021-CGDR/ .DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre atualização das Recomendações do tratamento da tuberculose drogarresistente com a disponibilização da bedaquilina e delamanida. Brasília (DF); 2021.
10. GARRIDO, MarluCIA. PENNA, Maria Lucia. PEREZ-PORCUNA, Tomàs. SOUZA, Alexandra. MARREIRO, Leni. ALBUQUERQUE, Bernardino Claudio. et al. Factors associated with tuberculosis treatment default in an endemic area of the Brazilian Amazon: a case control-study. *PLoS One*. 2012;7:e39134.
11. BARTHOLOMAY, Patricia. PINHEIROS, Rejane. PELISSARI, Daniele Maria. ARAKAKI-SANCHEZ, Denise. DOCKHORN, Fernanda. ROCHA, Jorge Luiz. et al. Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB): histórico, descrição e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude*. 2019; 28(2):e2018158. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200002>
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Área Territorial Brasileira: Consulta por unidade da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>
13. CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO BRAGA. Boletim epidemiológico de tuberculose drogarresistente [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51964>
14. PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública*. 2007;41 (Supl 1): 43-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000800007>
15. CUNHA, FA. FROTA, CC. Aspectos epidemiológicos, terapêuticos farmacoeconômicos e microbiológicos da tuberculose multidroga-resistente. *Revista Brasileira de Medicina*. 2003; 36(1):27-34, 118-123.
16. FERREIRA, Kuitéria, ORLANDI, Giovanna. SILVA, Talina Carla. BERTOLOZZI, Maria Rita. FRANÇA, Francisco Oscar. BENDER, Amy. Representations on adherence to the treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2018;52:e03412. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018010303412>
17. COSTA, YHM. COSTA, AMHM. PETRY, AA, SAKAE, <sup>TM</sup>. SILVA, HCG. Tuberculose drogarresistente em Santa Catarina no período de 2010 a 2015: pacientes curados. *Rev AMRIGS*. 2018;62(2):142-7.
18. MARTINS, Ariane Cristina. MONTARROYOS, Ulisses. QUEIROZ, Amanda. GALINDO, Jadson. RABELLO, Michelle Christiane. SCHINDLER, Haiana. Tendência temporal da tuberculose drogarresistente (TBDR) e dos tipos de resistência no estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Colet*. 2021;29(3):399-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129030177>
19. FREGONA, Geisa. COSME, Lorryne. MOREIRA, Cláudia Maria. BUSSULAR, José Luis. DETTONI, Valdério. DALCOLMO, Margareth. Risk factors associated with multidrug-resistant tuberculosis in Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006688>

# **Síndrome Mão-Pé-Boca: análise de surto em Unidades Escolares de Itapuranga, Goiás, 2023**

*Hand-Foot-and-Mouth disease: outbreak analysis in schools of Itapuranga, Goiás, 2023*

*Enfermedad Mano-Pie-Boca: analisis de brote en Unidades Escolares de Itapuranga, Goiás, 2023*

**Marielle Sousa Vilela Bernardes  
Fabiano Marques Rosa  
Giselle Caetano Souza  
Romero Borges Moraes  
Aparecida do Socorro Gomes  
Mary Alexandra da Costa  
Patricia Vieira de Paula  
Danielly Fonseca de Moraes  
Paulo Henrique da Silva Silveira  
Dionice Maria Rodrigues  
Claudinei Leibniz Cardoso da Silva  
Andréia Francisca de Sousa Pereira  
Jackeline Rossane Garcia de Freitas  
Márcia Gomes Tavares Silva**

## **RESUMO**

A Síndrome Mão-Pé-Boca (SMPB) é uma infecção viral altamente contagiosa, geralmente observada em crianças, mas que também pode afetar adultos. Causada por enterovírus humanos, a doença se manifesta com lesões nas mãos, pés, boca e, ocasionalmente, na região genital. Este estudo descreve um surto de SMPB ocorrido em escolas de Itapuranga, Goiás, em 2023, com o objetivo de analisar as características epidemiológicas, as taxas de ataque e as medidas de controle implementadas. A pesquisa identificou 59 casos, predominantemente em crianças menores de cinco anos, com maior incidência nas faixas etárias de dois a quatro anos. As taxas de ataque variaram de 4,3% a 31,3%, sendo mais elevadas nas turmas de educação infantil. A intervenção da equipe de vigilância epidemiológica, que incluiu o fechamento temporário das escolas e a implementação de medidas de prevenção como a limpeza e desinfecção diária, contribuiu para a redução dos casos. A análise dos dados revelou a eficácia dessas estratégias, destacando a importância do afastamento de casos sintomáticos e da educação em saúde para a contenção do surto. Conclui-se que medidas preventivas robustas e a conscientização da comunidade são essenciais para o controle da SMPB.

**Palavras-chave:** Surto de Doenças. Doença Mão, Pé, Boca. Epidemiologia de Campo.

## **ABSTRACT**

Hand-foot-and-mouth disease (HFMD) is a highly contagious viral infection, commonly observed in children, though adults can also be affected. Caused by human enteroviruses, the disease manifests with lesions on the hands, feet, mouth, and occasionally the genital region. This study describes an outbreak of HFMD in schools in Itapuranga, Goiás, Brazil, in 2023, aiming to analyze the epidemiological characteristics, attack rates, and control measures implemented. The research identified 59 cases, predominantly in children under five, with the highest incidence in the two-to-four-year age group. Attack rates ranged from 4.3% to 31.3%, with higher rates in preschool classes. The epidemiological surveillance team's intervention, including temporary school closures and daily cleaning and disinfection measures, contributed to the reduction of cases. Data analysis revealed the effectiveness of these strategies, emphasizing the importance of isolating symptomatic cases and health education for outbreak containment. It is concluded that robust preventive measures and community awareness are essential for controlling HFMD.

**Keywords:** Disease Outbreaks. Hand, Foot and Mouth Disease. Field Epidemiology.

## **RESUMEN**

El Síndrome Mano-Pie-Boca (SMPB) es una infección viral altamente contagiosa, comúnmente observada en niños, aunque los adultos también pueden verse afectados. Causada por enterovirus humanos, la enfermedad se manifiesta con lesiones en las manos, pies, boca y, ocasionalmente, en la región genital. Este estudio describe un brote de SMPB ocurrido en escuelas de Itapuranga, Goiás, Brasil, en 2023, con el objetivo de analizar las características epidemiológicas, las tasas de ataque y las medidas de control implementadas. Se identificaron 59 casos, predominantemente en niños menores de cinco años, con mayor incidencia en el grupo de dos a cuatro años. Las tasas de ataque variaron del 4,3% al 31,3%, siendo más altas en las clases de educación infantil. La intervención del equipo de vigilancia epidemiológica, que incluyó el cierre temporal de las escuelas y la implementación de medidas de prevención como limpieza y desinfección diaria, contribuyó a la reducción de los casos. El análisis de los datos reveló la eficacia de estas estrategias, destacando la importancia del aislamiento de los casos sintomáticos y la educación en salud para la contención del brote. Se concluye que las medidas preventivas robustas y la concientización comunitaria son esenciales para el control de la SMPB.

**Palabras-clave:** Brotes de Enfermedades. Enfermedad de Boca, Mano y Pie. Epidemiología de Campo.

## **1 INTRODUÇÃO**

A síndrome mão-pé-boca (SMPB) é uma infecção viral altamente contagiosa, frequentemente observada em bebês e crianças, mas que também pode afetar adultos. Esta

condição geralmente manifesta-se com lesões nas mãos, pés, boca e, ocasionalmente, na região genital.<sup>1,2</sup>

A SMPB é causada por enterovírus humanos (EVs), que pertencem ao gênero Enterovírus da família Picornaviridae. Globalmente, mais de 100 tipos de enterovírus foram identificados. Historicamente, os principais agentes patogênicos associados à SMPB foram o Coxsackievirus A16 (CA16) e o Enterovírus 71 (EV71).<sup>3</sup>

No entanto, recentemente, enterovírus como o CVA6 e o CVA10 têm sido responsáveis por uma proporção crescente de casos e surtos de SMPB<sup>3</sup>. A infecção pelo EV71, em particular, é motivo de preocupação devido a seu potencial de gravidade, podendo levar a complicações severas e, em casos extremos, à morte em crianças<sup>3</sup>. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivos específicos: caracterizar os casos identificados, avaliar a efetividade das medidas de contenção implementadas e analisar os fatores que possivelmente influenciaram a disseminação da doença entre as escolas.

Embora a SMPB possa acometer adultos, a maioria dos casos ocorre em pacientes com menos de 10 anos de idade, com a maior incidência registrada nos primeiros cinco anos de vida<sup>4,5</sup>. A transmissão da doença ocorre por contato fecal-oral, oral-oral e através de gotículas respiratórias. O paciente apresenta maior potencial de contagiosidade durante a primeira semana de infecção, mas o vírus pode permanecer ativo nas fezes por um período prolongado, de quatro a oito semanas. Assim, a taxa de transmissão dentro do ambiente domiciliar varia de 52% a 84%. O intervalo de incubação da doença é estimado em três a seis dias<sup>5</sup>. A transmissão é particularmente aumentada em ambientes lotados e fechados, como creches ou escolas, onde as gotículas podem se espalhar facilmente por meio do compartilhamento de objetos ou superfícies contaminadas<sup>6</sup>.

No Brasil, a notificação de casos individuais de SMPB não é compulsória, mas surtos envolvendo dois ou mais casos em uma mesma instituição ou ambiente de convivência devem ser notificados imediatamente. A notificação de surtos é obrigatória e deve ser realizada pelos serviços de saúde por meio da Ficha de Investigação de Surto no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando o código B08.4 da Classificação Internacional de Doenças, CID-10<sup>7</sup>. Este procedimento é essencial para avaliar a magnitude da doença e implementar medidas adequadas de prevenção e controle dentro da vigilância epidemiológica<sup>8</sup>.

A identificação de surtos pode ocorrer por diferentes métodos, dentre os quais se destacam: a notificação por profissionais de saúde que observam um aumento na incidência ou na gravidade de uma doença em sua prática cotidiana; informações provenientes da

comunidade e relatadas às autoridades de saúde; dados divulgados pela imprensa; e a análise rotineira de dados de vigilância epidemiológica. Esses dados podem ser obtidos através de diversas abordagens, incluindo a notificação compulsória de doenças, inquéritos, busca ativa durante investigações e detecção laboratorial <sup>9</sup>.

A ausência de notificação compulsória para casos individuais de SMPB e a obrigatoriedade de notificação para surtos com dois ou mais casos impõem desafios específicos à investigação e resposta a surtos. Em face do aumento dos surtos de SMPB no estado de Goiás e da escassez de publicações sobre a doença na região, este estudo realiza uma análise descritiva dos casos notificados e das medidas de controle implementadas durante um surto ocorrido em uma cidade do interior de Goiás em 2023. A pesquisa avaliará a eficácia das estratégias de gestão e controle adotadas pelos serviços de saúde local, identificando lacunas e desafios enfrentados no contexto da vigilância epidemiológica. Os dados resultantes contribuirão para o entendimento do comportamento da SMPB em Goiás e fornecerão subsídios para a formulação de medidas de prevenção e controle em todo o Brasil.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo do tipo série de casos referente ao surto de SMPB ocorrido no município de Itapuranga, Goiás, em 2023.

O município de Itapuranga está localizado no estado de Goiás, Brasil, na Região Centro-Oeste. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>10</sup>, Itapuranga está situado a aproximadamente 125 quilômetros ao norte da capital, Goiânia. Com uma área de cerca de 2.647,4 km<sup>2</sup> e uma população estimada em aproximadamente 12.000 habitantes, o município apresenta um perfil predominantemente rural, com uma economia centrada na agropecuária, incluindo a produção de grãos e a criação de gado. A cidade é caracterizada por sua infraestrutura básica, que abrange serviços de saúde, educação e comércio, essenciais para o atendimento das necessidades da população.

Os dados deste estudo foram extraídos da planilha de acompanhamento de surtos, a qual foi atualizada com informações fornecidas pelas unidades escolares que reportavam casos à equipe de vigilância epidemiológica do município. A equipe de vigilância registrava esses casos na planilha e, em seguida, realizava investigações detalhadas de cada um. A Secretaria Municipal de Educação forneceu uma lista atualizada do quantitativo de alunos matriculados por turma em cada escola afetada, sendo essas informações utilizadas para o cálculo da taxa de ataque.

A listagem dos alunos seguiu a separação recomendada pelo Ministério da Educação<sup>11</sup>, que estabelece agrupamentos específicos de acordo com a faixa etária. Assim, no Berçário 1, estão matriculadas crianças com idades superiores a 4 meses e inferiores a 1 ano; no Berçário 2, crianças com idades superiores a 1 ano e inferiores a 2 anos; no Maternal 1, crianças com idades superiores a 2 anos e inferiores a 3 anos; e no Maternal 2, crianças com idades superiores a 3 anos e inferiores a 4 anos. De acordo com a resolução vigente, as crianças devem ter completado a idade correspondente até o dia 31 de março do ano de referência<sup>11</sup>.

Para a definição de casos de SMPB, foram seguidas as diretrizes estabelecidas na Nota Técnica N° 16/2023- CGCIEVS/DEMSP/SVSA/MS<sup>7</sup>, que fornece orientações sobre a doença. De acordo com essa nota técnica, um caso suspeito de SMPB é caracterizado por um quadro febril acompanhado de lesões cutâneas nas mãos e pés, podendo incluir úlceras na mucosa oral. As lesões nas mãos geralmente são mais frequentes do que nos pés, e apresentam-se como papulovesiculares, dolorosas, localizadas tanto nas superfícies dorsais quanto nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. Um surto de SMPB é definido como a ocorrência de dois ou mais casos na mesma instituição ou ambiente de convivência.

Os dados foram analisados através do Microsoft Excel®, um software de planilha com ferramentas para análise e visualização de dados. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para as variáveis de interesse como data de início dos sintomas, a proporção da idade, sexo, critério de encerramento.

Durante um surto de doença em uma população bem definida e em um período de tempo relativamente curto, utiliza-se a taxa de ataque em vez da incidência. Esta taxa de ataque é calculada como a razão entre o número de indivíduos afetados e o número de indivíduos expostos<sup>12</sup>.

As informações utilizadas foram validadas por meio de reuniões entre a equipe de vigilância epidemiológica, profissionais das escolas e representantes da Secretaria de Educação. As equipes de campo receberam orientações padronizadas para preenchimento dos formulários. Entre as limitações do estudo, destaca-se a possibilidade de subnotificação de casos leves não comunicados à escola ou à equipe de saúde, bem como o viés de coleta decorrente da ausência de confirmação laboratorial em parte dos casos.

O desenvolvimento da pesquisa seguiu as diretrizes estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/2012 e n° 510/2016. A pesquisa não foi registrada nem avaliada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que se trata de uma "pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas e não permitem a identificação individual" (Conselho Nacional de Saúde, 2016, art. 1°).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No monitoramento do surto de SMPB em escolas de uma cidade do interior de Goiás, o primeiro caso foi identificado em 15 de maio de 2023, e o último caso registrado ocorreu em 29 de junho do mesmo ano, resultando em um período de 46 dias. Durante esse período, foram observados surtos ativos em três escolas do município. No total, 59 indivíduos com vínculo epidemiológico foram identificados, incluindo 53 crianças matriculadas, dois funcionários das instituições de ensino e quatro crianças com vínculo epidemiológico residencial com os menores que frequentavam as unidades escolares.

Os casos ocorreram em três unidades escolares distintas. Na Unidade A, de 127 alunos matriculados, 41 crianças apresentaram sintomas de SMPB, sendo 4,8% (n=2) confirmados laboratorialmente. Na Escola B, entre 118 alunos matriculados, seis casos foram confirmados, além de dois funcionários, todos identificados por critério clínico epidemiológico, pois não foram coletadas amostras para exames laboratoriais. Na Escola C, dos 134 alunos matriculados, seis casos foram confirmados exclusivamente por critério clínico epidemiológico. As taxas de ataque foram calculadas por unidade escolar e por turma. A maior taxa de ataque foi observada na Escola A, com um percentual de 31,3%. Ao analisar as taxas por turma nessa escola, verificou-se que o Berçário I B apresentou o maior percentual, correspondendo a 77,8%. As Escolas B e C apresentaram taxas de ataque menores, sendo 6,7% e 4,3%, respectivamente (Tabela 1).

**Tabela 1 – Taxa de ataque por unidade escolar e turma, Itapuranga, Goiás, 2023.**

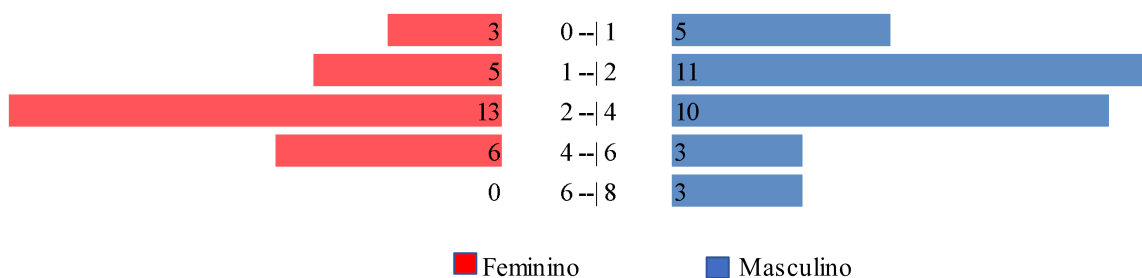
Escola	Turma	Casos			
		Doentes (a)	Sadios (b)	Total (a+b)	Taxa de ataque (a x 100/a+b)
A	Maternal A	04	21	25	16,0
	Maternal B	11	18	29	37,9
	Berçário I A	8	13	21	38,1
	Berçário I B	14	4	18	77,8
	Berçário II A	02	17	19	10,5
	Berçário II B	02	17	19	10,5
	Total	41	90	131	31,3
B	Berçario I A	00	11	11	0,0
	Berçario I B	01	15	16	6,3
	Berçario II A	02	16	18	11,1
	Berçario II B	02	19	21	9,5
	Maternal	01	23	24	4,2
Total	06	84	90	6,7	
C	Jardim I B	02	15	17	11,8
	Jardim II B	01	24	25	4,0

1° ano B	02	13	15	13,3
1° ano C	00	24	24	0,0
2° ano D	00	19	19	0,0
3° ano D	00	24	24	0,0
4° ano	01	15	16	6,3
Total	06	134	140	4,3

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023.

Na análise dos casos monitorados durante o surto, observou-se que 54,2% (n = 32) dos casos foram do sexo masculino, enquanto 45,8% (n = 27) foram do sexo feminino. A faixa etária com maior incidência foi a de dois a quatro anos de idade, que representou 39% (n = 23) dos casos registrados. Os casos em adultos ocorreram no sexo feminino e as idades foram 38 e 49 anos de idade, ambas funcionárias da Unidade Escolar B.

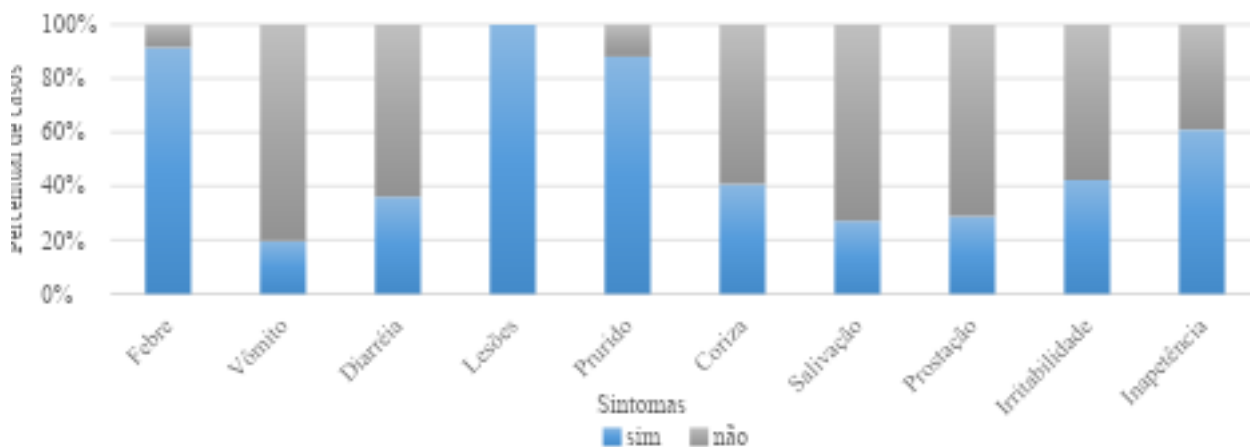
**Gráfico 1 – Distribuição dos casos em crianças de Síndrome Mão-Pé-Boca, segundo sexo e faixa etária, Itapuranga, Goiás, 2023.** (N=59)



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023.

Os resultados deste estudo indicaram que, em 100% dos casos analisados, houve a presença de lesões localizadas nas mãos, pés e boca, caracterizando-se como o sinal predominante. A febre foi observada em 91% dos casos (n=54), configurando-se como o segundo sintoma mais frequente. Além disso, 88% dos participantes (n=52) relataram a presença de prurido, reforçando sua relevância clínica no contexto da SMPB (Figura 2).

**Gráfico 2 – Distribuição dos sinais e sintomas relatados surto de Síndrome Mão-Pé-Boca, Itapuranga, Goiás, 2023 (N=59).**

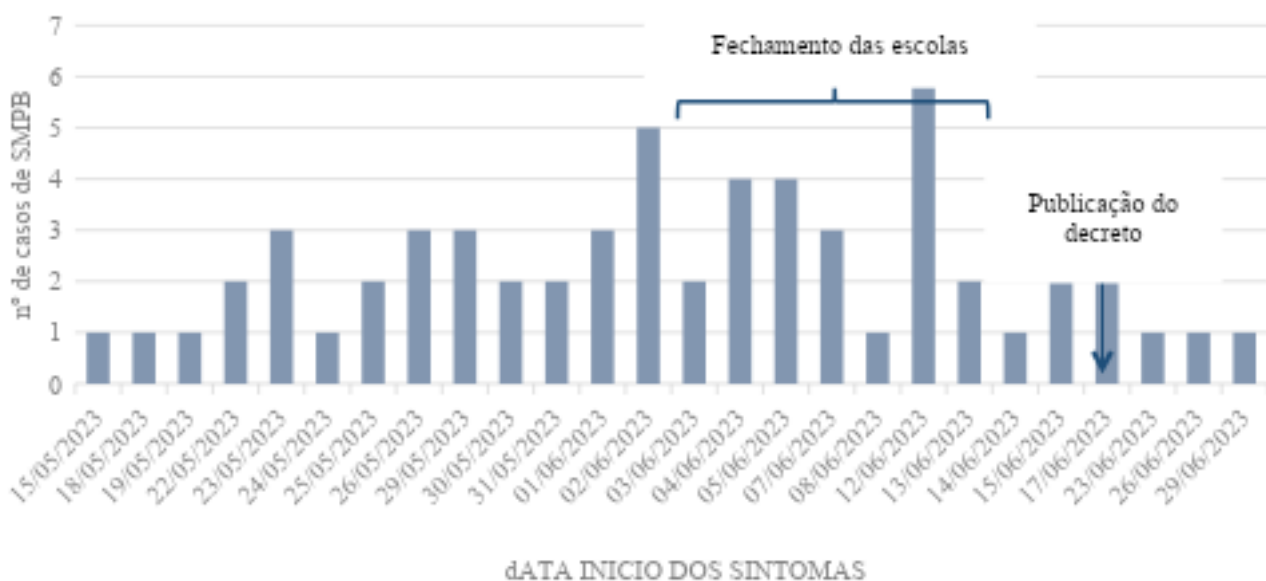


**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023.

O gráfico 3 ilustra a distribuição dos casos de SMPB ao longo do tempo, com destaque para a flutuação dos casos em resposta às medidas implementadas. Observa-se um aumento progressivo no número de casos até o fechamento temporário das escolas, de 02/06/2023 a 11/06/2023, seguido de uma diminuição no número de infecções. No entanto, logo após a reabertura das escolas, houve uma nova escalada, com um pico de seis casos no dia 14/06/2023.

Durante as investigações, observou-se resistência de alguns profissionais de saúde em emitir atestados médicos para menores e seus responsáveis, o que impediu o afastamento das crianças da escola e a permanência em isolamento até a completa resolução dos sinais e sintomas. Diante desse cenário, foi elaborado o Decreto Municipal nº 342/2023/GPGPF, que estabeleceu diretrizes específicas para as instituições de ensino e os profissionais de saúde. Entre as medidas prescritas, destacam-se o afastamento escolar de crianças com sinais e sintomas até a completa recuperação, a realização de limpeza e desinfecção diária de unidades escolares e residências. Essas intervenções foram implementadas a partir de 15 de junho de 2023, cerca de 30 dias após o registro do primeiro caso suspeito. A partir de 16 de junho de 2023, observou-se uma redução imediata no número de novos casos, que se estabilizou em um a dois casos diários, apresentando um padrão decrescente até o final do período analisado em 29 de junho de 2023. Além das medidas já mencionadas, foram realizadas capacitações para os profissionais de saúde e para a comunidade, visando esclarecer informações sobre a doença e orientar sobre as práticas preventivas necessárias.

**Gráfico 3 – Distribuição dos casos de Síndrome Mão-Pé-Boca, segundo a data de início dos sintomas, Itapuranga, Goiás, 2023 (N=59).**



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2023.

A SMPB é uma condição que afeta predominantemente crianças menores de cinco anos, conforme evidenciado por dados recentes no Brasil<sup>9</sup>. Em nosso estudo, observamos que a maioria dos casos também se concentrou nessa faixa etária, correspondendo a 95% (n=54) dos casos identificados em crianças menores de cinco anos de idade. Ao analisar a variável sexo, constatamos que 54% dos casos ocorreram em indivíduos do sexo masculino, um resultado que corroborou os dados anteriormente reportados em Palmas/TO<sup>13</sup> e em João Pessoa/PB<sup>14</sup>. Estudos realizados em países como China e Malásia relatam surtos em ambientes escolares com taxas de ataque superiores a 40% em determinadas turmas, o que reforça o potencial de disseminação da SMPB em ambientes de convívio infantil semelhante ao observado em Itapuranga.

O diagnóstico da SMPB é essencialmente clínico, fundamentado na observação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. A evolução da doença é geralmente espontânea e favorável, ocorrendo em um período de três a sete dias<sup>9</sup>. Embora a condução de surtos não dependa de resultados laboratoriais, o estado de Goiás recomenda a coleta de amostras de casos sintomáticos sempre que possível. Para surtos com até 30 casos, sugere-se a coleta de amostras de 3 pacientes; já para surtos com mais de 30 casos, deve-se coletar amostras que representem 10% do total de casos<sup>15</sup>. Em nosso estudo, foram coletadas amostras de seis pacientes, dos quais dois apresentaram resultados positivos para enterovírus.

O processo de diagnóstico laboratorial de uma infecção por enterovírus pode ser complicado e difícil por causa da biologia e da epidemiologia de infecções por enterovírus, bem como das limitações das metodologias de diagnóstico<sup>16</sup>. A ausência de resultado positivo

nas amostras analisadas não descarta o diagnóstico, que, na maioria dos casos, é baseado na avaliação clínica. Fatores como acondicionamento inadequado das amostras, coleta fora do período ideal, baixa virulência entre outros, podem resultar em falsos negativos<sup>16</sup>. Considerando que o diagnóstico da doença é, predominantemente clínico, os casos com resultados negativos não foram descartados, uma vez que os sinais e sintomas apresentados eram compatíveis com a doença.

Os resultados deste estudo revelaram uma variação significativa nas taxas de ataque da doença entre as diferentes unidades escolares, com destaque para a Escola A, que registrou uma taxa de 31,3%. Esse resultado está em concordância com pesquisas anteriores<sup>8</sup> que identificaram taxas de ataque elevadas em creches, em torno de 30%. Tal achado sugere que fatores específicos dessa instituição, como a disposição do espaço físico, as práticas de higiene implementadas e a dinâmica interpessoal entre os alunos, podem ter favorecido a maior disseminação da doença. A taxa alarmante de 77,8% observada no Berçário I B indica uma vulnerabilidade particular desse grupo, possivelmente relacionada à proximidade física entre as crianças, às interações frequentes e à dificuldade em adotar práticas de prevenção eficazes.

Em contraste, as Escolas B e C apresentaram taxas de ataque significativamente mais baixas, com 6,7% e 4,3%, respectivamente. Essas diferenças podem ser atribuídas a diversos fatores, como a idade dos alunos, que em turmas mais avançadas tendem a ter maior consciência sobre a importância de práticas de higiene e autocuidado. Além disso, a estrutura organizacional e as medidas de controle implementadas nas escolas podem ter desempenhado um papel crucial na contenção da disseminação da doença. As discrepâncias nas taxas de ataque observadas entre as escolas possivelmente refletem variações na infraestrutura, práticas de higiene adotadas e nível de autonomia das crianças. Turmas com crianças mais novas, como os berçários, apresentaram maior vulnerabilidade devido à necessidade constante de contato físico e à limitada compreensão sobre medidas de prevenção.

A dinâmica da transmissão da SMPB é influenciada pelas características comportamentais das crianças, que são intrinsecamente curiosas e inquietas<sup>17</sup>. Isso torna necessário o afastamento das crianças de ambientes coletivos ao surgirem sintomas de uma doença altamente contagiosa, especialmente em áreas propensas ao toque, como mãos e boca. Contudo, a problemática se agrava quando a condição não é prontamente reconhecida, permitindo que as crianças continuem frequentando locais lotados, aumentando o risco de transmissão para outros indivíduos.

Durante a condução do surto analisado, notamos a resistência de alguns profissionais de saúde em fornecer os documentos necessários para o afastamento adequado de pais e alunos, o que inviabilizou a interrupção da exposição à doença. A implementação de medidas preventivas, como a limpeza e desinfecção rigorosa dos ambientes escolares e o isolamento de casos suspeitos, mostrou-se eficaz na contenção do surto, interrompendo a cadeia de transmissão que foi reestabelecida após a reabertura das escolas. Estudo<sup>18</sup> enfatiza que a constante limpeza de locais, brinquedos e utensílios é crucial na prevenção da disseminação de viroses. A resposta ao surto enfrentou entraves, como a resistência inicial de profissionais de saúde em fornecer documentos de afastamento e a demora na emissão de decretos regulamentando as ações de controle. Tais fatores contribuíram para a persistência da cadeia de transmissão nas primeiras semanas do surto.

Embora o fechamento temporário das escolas tenha proporcionado um impacto limitado e de curta duração, a adoção de práticas contínuas de prevenção, conforme delineadas em decretos governamentais, foi fundamental para a redução sustentada dos casos de SMPB. Medidas rigorosas de controle dentro das instituições de ensino, especialmente no que diz respeito ao afastamento de casos sintomáticos, emergem como uma estratégia eficaz para evitar novos surtos.

As ações de educação em saúde configuram-se como uma estratégia fundamental para a mitigação de casos e interrupção da cadeia de transmissão de doenças. A promoção de ações educativas direcionadas, especialmente às crianças na primeira infância, é crucial para a melhoria das condições de vida e saúde não apenas dessas crianças, mas também de seus familiares e da comunidade em geral. A disseminação de conhecimentos relacionados à saúde fomenta um senso de responsabilidade tanto individual quanto coletiva. Ademais, uma educação em saúde eficaz capacita os indivíduos a adquirirem autonomia para preservar e aprimorar sua qualidade de vida<sup>19,20</sup>.

A ocorrência de casos identificados em adultos reflete a dinâmica de transmissão do vírus, que se dá principalmente por contato direto e secreções respiratórias. A literatura aponta que a SMPB em adultos pode ser frequentemente subdiagnosticada, dado que a condição é comumente associada à população infantil<sup>21</sup>. Segundo o estudo<sup>22</sup>, os sintomas em adultos incluem febre, dor de garganta e mal-estar, seguidos por erupções cutâneas, geralmente com gravidade inferior a outras infecções virais. Embora os estudos sobre a incidência da SMPB em adultos sejam limitados, há registros de surtos em ambientes de trabalho ou residências<sup>21</sup>. A proximidade com crianças infectadas aumenta o risco de transmissão para adultos,

reforçando a importância de medidas de controle em instituições educacionais e locais de trabalho <sup>22</sup>.

Em síntese, a análise dos casos de SMPB evidencia não apenas a vulnerabilidade das crianças na primeira infância, mas também a complexidade da dinâmica de transmissão da doença, que se estende aos adultos. A identificação precoce dos sinais e sintomas e a implementação de medidas de controle eficazes, como a desinfecção de ambientes e o afastamento de indivíduos sintomáticos, são essenciais para interromper a cadeia de transmissão. Além disso, o fortalecimento das ações de educação em saúde se revela crucial para capacitar famílias e comunidades, promovendo um maior entendimento sobre a prevenção da SMPB. Assim, o enfrentamento dessa condição demanda um esforço conjunto entre profissionais de saúde, educadores e a comunidade, visando não apenas a contenção de surtos, mas também a promoção de uma cultura de saúde preventiva e sustentável.

#### **4 CONCLUSÃO**

A Síndrome Mão-Pé-Boca (SMPB) constitui um desafio relevante à saúde pública, especialmente entre crianças menores de cinco anos, como evidenciado pelos dados deste estudo e pela literatura especializada. A alta incidência nessa faixa etária reforça a importância de estratégias preventivas consistentes e de ações contínuas de educação em saúde no contexto escolar. A adoção de medidas de controle, como a higienização frequente dos ambientes e o afastamento imediato de casos suspeitos ou confirmados, mostrou-se essencial para conter a propagação da doença.

A ocorrência de casos em adultos, ainda que menos comum, evidencia a necessidade de uma abordagem ampliada, que contemple todas as faixas etárias e promova o fortalecimento da vigilância em diferentes contextos. Nesse cenário, a educação em saúde desempenha papel fundamental ao fomentar a conscientização e o engajamento coletivo na prevenção de doenças infecciosas.

Recomenda-se, portanto, o fortalecimento da integração entre unidades escolares e serviços de saúde, a institucionalização de protocolos permanentes de desinfecção e afastamento de casos, bem como a promoção de capacitações periódicas para profissionais da saúde e da educação. Essas ações contribuem para a construção de políticas públicas mais efetivas e sustentáveis, voltadas à proteção da saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

1. Guerra AM, Orille E, Waseem M. Hand, Foot, and Mouth Disease. 2022 Oct 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 28613736. Available from: <https://ictv.global/taxonomy>
2. Russo DH, Barbosa VH, dos Santos L, et al. Echovirus 4 associated to hand, foot and mouth disease. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2006;48(4):197–199. Available from: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/ycJsPpGLQWPkNfz9yyFZ88w/?lang=en#ModalHowcite>
3. Zhu P, Ji W, Li D, Li Z, Chen Y, Dai B, et al. Current status of hand-foot-and-mouth disease. *J Biomed Sci*. 2023;30(1):15. doi: 10.1186/s12929-023-00908-4.
4. World Health Organization. A guide to clinical management and public health response for Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD). Geneva: World Health Organization; 2011.
5. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-foot-and-mouth disease: rapid evidence review. *Am Fam Physician*. 2019 Oct 1;100(7):408-414. PMID: 31573162.
6. Chan JH, Law CK, Hamblion E, Fung H, Rudge J. Best practices to prevent transmission and control outbreaks of hand, foot, and mouth disease in childcare facilities: a systematic review. *Hong Kong Med J*. 2017 Apr;23(2):177-190. doi: 10.12809/hkmj166098. Epub 2017 Mar 17. PMID: 28302925.
7. Brasil. Nota Técnica nº 16/2023-CGCIEVS/DEMSP/SVSA/MS. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Emergências em Saúde Pública. Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. 2023.
8. Mortari N, Frugis YU, Liphaut BL, Ferreira PM, Rodrigues M, Ando JG, et al. Doença mão-pé-boca: diretrizes e orientações para surtos. *BEPA*. 2018;15(173):11-28. Available from: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37768>
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para Investigações de Surtos ou Epidemias. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Municípios: Itapuranga. Brasília, DF: IBGE; 2022.
11. CNE/CEB. Resolução CNE/CEB nº 2, de 9 de outubro de 2018. Define diretrizes operacionais para a matrícula inicial de crianças na Educação Infantil e no Ensino Fundamental. *Diário Oficial da União*; 2018
12. Barata RB. Sobre o conceito de risco em Epidemiologia. *Trab Educ Saude*. 2022;20:e00862198. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs862>
13. Barbosa AC, de Sousa NOF. Vigilância e resposta à doença mão-pé-boca: situação no município de Palmas/TO de 2019 a 2021. *Rev Cereus*. 2023;15(2).
14. Alencar GMF. Síndrome mão-pé-boca: isolamento viral e perfil clínico-epidemiológico. In: *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 2021; Fortaleza, Ceará, Brasil. Campinas: Galoá; 2021. Available from: <https://proceedings.science/epi-2021/trabalhos/sindrome-mao-pe-boca-isolamento-viral-e-perfil-clinico-epidemiologico?lang=pt-br>
15. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº 1/2023 - Orientações sobre Surtos de Síndrome Mão-Pé-Boca (SMPB). Nota Técnica SES/CIEVS-21843. 2023. Available from: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34//cievs/sindrome-mao-pe-boca/Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%2001-2023%20-%20Orienta%20sobre%20surtos%20de%20SMPB.pdf>

16. Chambe VN. Detecção de enterovírus não-pólio em crianças com diarreia aguda na cidade de Maputo. [dissertação]. Maputo: Instituto Oswaldo Cruz; 2017.
17. Calili LCC, Leal WDS, Tosate TS, Souza LCB, Araújo JMP, Reis MB, et al. Síndrome mão-pé-boca causada pelo vírus Cocksackie: uma análise da literatura. REASE. 2021 Nov 8;7(10):2317-2330. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2815>
18. Di Prinzio A, et al. Doença mão-pé-boca em adultos causada por Cocksackievírus. An Bras Dermatol. 2022;97(3):321-325.
19. Paula GMR, Silva VIA, Cavalcanti IR, Almeida RBS, Bispo EPFA. A importância da educação em saúde na primeira infância. EARE. 2020 Jan 4;3(1):52-59. Available from: <https://revistas.cesmac.edu.br/entreaberta/article/view/1321>
20. Silva NR, Silveira RE, Capelario EFS, Silva WG, Brito LSB, Fachini M, et al. Características da doença mão-pé-boca e a relação do seu alto contágio dentro do ambiente escolar. Rev Eletr Acervo Saude. 2023;23(2):e12035.
21. Arruda M, Pacheco D, Menezes J, Mota M, Comba R. Doença mão-pé-boca no adulto: apresentação típica em idade atípica. Rev Port Clin Geral. 2021;37:249-255. doi: 10.32385/rpmgf.v37i3.12842. Available from: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i3.12842>
22. Lipe DN, Affleck S. Atypical presentation of hand, foot, and mouth disease in an adult. Clin Pract Cases Emerg Med. 2018 Apr 17;2(2):179-180. doi: 10.5811/cpcem.2018.3.37686. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29849244>

# **Inconsistências de práticas terapêuticas ambulatoriais do SUS no tratamento da de doenças exsudativas da retina**

*Inconsistencies in SUS outpatient therapeutic practices in the treatment of exudative retinal diseases*

*Inconsistencias en las prácticas terapéuticas ambulatorias del SUS en el tratamiento de las enfermedades exudativas de la retina*

**André Marques dos Santos  
Julia Raffin Moura  
Rodolfo Mattar Rosa**

## **RESUMO**

Buscou-se explorar a coerência das práticas terapêuticas ambulatoriais do SUS de diagnóstico e tratamento frente aos critérios de utilização dos medicamentos Anti-Fator de Crescimento Vascular Endotelial (anti-VEGF) descritos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) da degeneração macular relacionada à idade (DMRI) e da retinopatia diabética (RD). Trata-se de um estudo transversal a partir de dados ambulatoriais do SUS. Foram incluídos registros ambulatoriais entre janeiro/2019 e dezembro/2023 para pacientes com DMRI ou RD, e de procedimentos específicos de tratamento e exames diagnósticos. Após abril/2022, 6.064 pacientes com DMRI iniciaram tratamento medicamentoso para doença da retina com idades <60 anos, e 20,6% dos registros lançados neste período estavam inconsistentes com o critério de idade imposto pelo PCDT, acarretando um custo aproximado de R\$12,58 milhões. Apenas 55% dos pacientes com RD realizaram exame diagnóstico de edema macular diabético (EMD), obrigatório para o uso de anti-VEGFs. As práticas terapêuticas para DMRI e RD/EMD no sistema ambulatorial do SUS apresentam inconsistências que acarretam custos desnecessários ao sistema público de saúde. Se faz necessária a revisão de mecanismos que garantam a coerência das práticas terapêuticas do SUS com os PCDTs, propiciando a efetividade de implementação das políticas públicas.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Prática Clínica Baseada em Evidências. Prática de Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

We sought to explore the coherence of SUS outpatient therapeutic practices for diagnosis and treatment in relation to the criteria for use of Anti-Vascular Endothelial Growth Factor (anti-VEGF) drugs described in the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDTs) for age-related macular degeneration (AMD) and diabetic retinopathy (DR). This is a cross-sectional study based on SUS outpatient data. Outpatient records were included between January/2019 and December/2023 for patients with AMD or DR, and for specific treatment procedures and diagnostic tests. After April/, 6,064 patients with AMD started drug treatment

for retinal disease aged <60 years, and 20.6% of the records recorded in this period were inconsistent with the age criterion imposed by the PCDT, leading to an approximate cost of R\$12.58 million. Only 55% of patients with DR underwent a diagnostic test for diabetic macular edema (DME), which is mandatory for the use of anti-VEGFs. Therapeutic practices for AMD and DR/EMD in the SUS outpatient system are inconsistent, causing unnecessary costs to the public health system. It is necessary to review the mechanisms that guarantee the coherence of SUS therapeutic practices with the PCDTs, enabling the effective implementation of public policies.

**Keywords:** Unified Health System. Evidence-Based Clinical Practice. Public Health Practice.

## RESUMEN

El objetivo fue explorar la coherencia de las prácticas terapéuticas ambulatorias del SUS para el diagnóstico y el tratamiento en relación con los criterios para el uso de fármacos Anti-Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (anti-VEGF) descritos en los Protocolos Clínicos y Guías Terapéuticas (PCDTs) para la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y la retinopatía diabética (RD). Se trata de un estudio transversal basado en datos de pacientes ambulatorios del SUS. Se incluyeron registros de pacientes ambulatorios entre enero/2019 y diciembre/2023 para pacientes con DMAE o RD, así como procedimientos específicos de tratamiento y pruebas diagnósticas. Después de abril/2022, 6.064 pacientes con DMAE iniciaron tratamiento farmacológico para la enfermedad de la retina con edad <60 años, y el 20,6% de los registros emitidos en este período fueron inconsistentes con el criterio de edad impuesto por el PCDT, lo que llevó a un coste aproximado de 12,58 millones de reales. Sólo el 55% de los pacientes con RD se sometieron a una prueba diagnóstica de edema macular diabético (EMD), obligatoria para el uso de anti-VEGF. Las prácticas terapéuticas para DMAE y RD/EMD en el sistema ambulatorio del SUS presentan inconsistencias que causan costes innecesarios para el sistema público de salud. Es necesario revisar los mecanismos que garanticen la coherencia de las prácticas terapéuticas del SUS con los PCDTs, favoreciendo la implementación efectiva de las políticas públicas.

**Palabras-clave:** Sistema Único de Salud. Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Práctica de Salud Pública.

## 1 INTRODUÇÃO

A degeneração macular relacionada à idade (DMRI) e a retinopatia diabética (RD) são doenças degenerativas da retina que afetam predominantemente a mácula central podendo ocasionar perda visual e cegueira. No Brasil, onde a prevalência de RD em indivíduos com diabetes mellitus é estimada em 362,8 a cada 100.000<sup>1</sup> e 79 a cada 100.000 habitantes possuem DMRI<sup>2</sup>, a assistência em saúde dessas condições ocorre na média e alta complexidade, o que implica em um ônus econômico considerável ao sistema público de saúde<sup>2,3</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece cobertura para o tratamento da DMRI e da RD seguindo os critérios e recomendações individuais dos respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) expedidos pelo Ministério da Saúde<sup>4,5</sup>. Os PCDTs são políticas públicas desenvolvidas com base em um consenso técnico-científico de evidências complexas envolvendo eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias em saúde, com o objetivo de guiar a gestão do SUS<sup>6</sup>. O cumprimento dos PCDTs garante a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS e contribui para a sustentabilidade do sistema.

Entre 2018 e 2022, o Ministério da Saúde divulgou uma sequência de documentos pertinentes aos exames diagnósticos e tratamentos medicamentosos que o SUS incorporaria às linhas de cuidados da DMRI e a RD<sup>4,5,7-9</sup>. Assim, os medicamentos antiangiogênicos, Anti-Fator de Crescimento Vascular Endotelial (anti-VEGF), foram incorporados para uso em pacientes com DMRI e RD. Durante esse processo, houve um debate acerca da incorporação de uma molécula com indicação *off-label* e, apesar da carência de dados de farmacovigilância, foi incluída no PCDT de DMRI<sup>4,5,10</sup>.

Apesar de ambos PCDTs preconizarem o uso dos anti-VEGFs, os critérios de elegibilidade ao tratamento são específicos para cada uma das condições de saúde. Nos casos de DMRI, o tratamento por meio de anti-VEGFs é recomendado para sua forma neovascular em indivíduos com idade superior a 60 anos, já em casos de RD associada ao edema macular diabético (EMD), a recomendação se dá para indivíduos com idade acima de 18 anos, além das demais especificações de diagnóstico, como a realização da Tomografia de Coerência Óptica (TCO).

No SUS, de forma semelhante a outros tratamentos oftalmológicos, a pactuação para uso de anti-VEGFs ocorreu como procedimento, ou seja, o financiamento federal ocorre por meio do registro no sistema ambulatorial do SUS, via Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC). Além disso, mesmo com as diferenças para elegibilidade ao uso de anti-VEGFs em DMRI e em EMD, a APAC utilizada é a mesma para as duas condições, o que pode ocasionar desvios no atendimento aos critérios de uso preconizados em cada PCDT.

Tendo em vista o cenário de tratamento das doenças da retina, o presente estudo tem como objetivo explorar a coerência das práticas terapêuticas ambulatoriais de diagnóstico e tratamento do SUS frente aos critérios de utilização dos anti-VEGFs descritos nos protocolos de DMRI e RD, por meio da análise dos dados de produção disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo referente à efetividade de implementação das PCDTs da DMRI e da RD pelo SUS no período de janeiro/2019 a dezembro/2023. O estudo utilizou dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) disponibilizado pelo DATASUS de forma aberta e gratuita<sup>11</sup>. Por se tratar de dados secundários anonimizados, não se fez necessária a aprovação em comitê de ética em pesquisa do Brasil, de acordo com a resolução nº 510/2016<sup>12</sup>.

### 2.1 Fonte dos dados

O SIASUS é alimentado por registros de diferentes instrumentos que contém informações dos procedimentos ambulatoriais para cada paciente; os procedimentos são identificados por códigos padronizados e têm seus valores fixos repassados de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM (SIGTAP)<sup>13</sup>. Foram coletados dados da base de Produção Ambulatorial (PA), Laudos Diversos (AD) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BI) no SIASUS na data de 20 de fevereiro de 2024, além de dados populacionais do ‘*Censo 2022*’<sup>14</sup> acessados em 26 de fevereiro de 2024.

### 2.2 População

A fim de manter apenas os registros ambulatoriais da população alvo do estudo, se fez necessária a aplicação de filtros incluindo os códigos dos procedimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento da DMRI e da RD de acordo com a tabela SIGTAP e os códigos internacionais da doença (CID) correspondentes às condições estudadas (DMRI – H35.3 e RD – H36.0) nas três bases do SIASUS. Os códigos incluídos nas três bases do SIASUS foram o 03.03.05.023-3 - Tratamento medicamentoso de doença da retina, 03.03.05.024-1 - Tratamento medicamentoso de doença da retina II, 04.05.03.005-3 - Injeção intra-vitreo (somente para os CIDs H35.3 e H36.0); somente na base de BI, foram incluídos registros com os códigos 02.11.06.028-3 - Tomografia de coerência óptica, 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de fundo de olho, 02.11.06.018-6 - Retinografia fluorescente binocular, 02.11.06.017-8 - Retinografia colorida binocular.

Para compreender o funil de pacientes no SUS, a quantidade de pacientes foi identificada em dois momentos: diagnóstico e tratamento. Para isso, foram mapeados os procedimentos diagnósticos dos PCDTs e o volume de pacientes foi obtido a partir de 2019.

Devido a não especificidade dos exames, foram filtrados aqueles realizados por pacientes em tratamento ou que apresentaram algum dos CIDs de interesse.

### **2.3 Validação dos dados**

Os dados coletados foram validados para garantir a qualidade e completude das análises. Não houve diferença na quantidade de registros baixados na base PA em relação aos registros disponíveis online via TabNet<sup>15</sup>. Identificamos que a base PA apresentou 32 APACs a mais que a base AD, estas divergências ocorreram em dezembro de 2021, abril e outubro de 2022 e dezembro de 2023. Para os atendimentos de injeção intra-vitreo não foi observada nenhuma divergência em relação a base PA.

### **2.4 Recomendações dos PCDTs**

Devido à unificação dos procedimentos a partir de abril de 2022, os tratamentos para ambos os CIDs passam a ser realizados pelo procedimento/APAC de tratamento medicamentoso da doença da retina (código 03.03.05.023-3, que pode ser solicitado para pacientes com idade mínima de 18 anos, de acordo com o SIGTAP) e pela injeção intravítrea (código 04.05.03.005-3, que não apresenta limite mínimo de idade para solicitação). Sempre que possível, as análises compararam as métricas antes e depois de abril de 2022. A fim de entender o impacto financeiro e o volume de atendimentos total e aqueles que procedimentos que descumprem os critérios do PCDT de DMRI, caracterizados pelas APACs lançadas para o tratamento medicamentoso da retina em pacientes com DMRI (CID H35.3) e idade inferior a 60 anos.

Sabendo da importância da realização da TCO para diagnosticar o EMD no centro da fóvea e tornar o paciente elegível para utilização de medicamentos no caso do CID H36.0<sup>5</sup>, foi realizado um levantamento para definir a porcentagem de pacientes que realizaram esse exame antes do início do tratamento (considerando apenas pacientes que iniciaram o tratamento a partir de janeiro/2018).

### **2.5 Estimativa de cobertura assistencial**

Para a estimativa da proporção de indivíduos em tratamento pelo SUS versus o volume de pacientes esperado, consideramos o número projetado na análise de impacto orçamentário presente nos relatórios de recomendações da CONITEC<sup>16,17</sup>. A população portadora de DMRI na forma neovascular eletiva para uso dos anti-VEGFs, em 2022, foi estimada em 74.147 pacientes no Brasil. Para a RD associada ao EMD, o relatório estima 90.309 pacientes (considerando população exclusivamente atendida pelo SUS, isto é, 75% da população

brasileira, e 54% de taxa de diagnóstico). Para os anos que não apresentaram projeção nos relatórios, foi utilizado a projeção baseada na variação anual média do período.

## **2.6 Análise dos dados**

As variáveis categóricas foram expressas em medidas de frequência e porcentagem, assim como as variáveis contínuas foram expressas em medidas de tendência central – médias calculadas pelas funções embutidas na biblioteca de análise de dados Pandas (<https://pandas.pydata.org/>) pelo Python 3. O cálculo da variação percentual foi feito utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Período}_{\text{final}} - \text{Período}_{\text{inicial}}}{\text{Período}_{\text{inicial}}} \times 100$$

A taxa de variação mensal corresponde à inclinação da reta da métrica em questão ao longo dos meses.

## **3 RESULTADOS**

### **3.1 Relação de paciente em tratamento em relação ao público-alvo**

O número de pacientes em tratamento para DMRI no SUS em 2023 foi de 23.619 e para RD foi de 24.967. O volume de pacientes em tratamento apresentou aumento acentuado para ambas as condições entre 2018 e 2023, principalmente nos anos de 2022 e 2023. Ao comparar o número de pacientes em tratamento versus o potencial de pacientes estimado pela CONITEC, é possível observar que o percentual de tratamento em 2023 foi de 30,3% em DMRI e 27,3% em RD/EMD.

### **3.2 Realização de exames diagnósticos previamente ao início do tratamento com anti-VEGF**

A porcentagem de pacientes com RD que realizaram a TCO antes de abril/2022 foi de 19,5% (n=1.400) e após abril/2022 foi de 55,0% (n=16.123). Para os pacientes com DMRI, a porcentagem que realizou TCO antes do início do tratamento foi de 46,2% (n=7.030) e 55,5% (n=15.133) para antes e depois de abril/2022, respectivamente.

### **3.3 Tratamento medicamentoso de doenças da retina (TMDR) – Produção Ambulatorial**

Ao longo do período (janeiro/2019 – dezembro/2023), foram identificadas 288.651 APACs para TMDR, sendo 81,6% para o procedimento 03.03.05.023-3, 0,5% para o procedimento atualmente revogado 03.03.05.024-1, além de 17,9% para o procedimento

04.05.03.005-3 (injeção intravítrea). O procedimento não específico (injeção intravítrea) apresenta uma diminuição na sua realização, sendo que a partir de janeiro/2022 o share observado para esse procedimento foi de 8,5%. As APACs para TMDR beneficiaram 58.650 pacientes, sendo 37.272 pacientes para DMRI (CID H35.3) e 28.755 para RD (CID H36.0). Alguns pacientes apresentaram ambos os CIDs ao longo da jornada, por isso o somatório excede o valor total de pacientes. Antes de abril/2022 (janeiro/2019 a março/2022) foram identificados 21.906 pacientes e, após abril/2022, foram identificados 56.766 pacientes.

Antes de abril/2022, quando o procedimento era específico para DMRI, nenhum paciente iniciou o tratamento com idade inferior a 60 anos. Após este período, no qual a idade mínima para a solicitação da APAC de TMDR passou a ser de 18 anos, é possível observar que 23,8% (n = 6.064) dos pacientes iniciaram o tratamento medicamentoso para DMRI com menos que 60 anos apesar da utilização de anti-VEGFs em pacientes com DMRI abaixo de 60 anos de idade estar em desacordo com preconizados critério de elegibilidade preconizados pelo PCDT.

### **3.4 Atendimentos realizados**

As 193.324 APACs identificadas foram responsáveis por produzir 237.039 atendimentos (essa diferença numérica ocorre devido ao fato de o procedimento permitir APAC de continuidade). Para a DMRI, quando analisado de forma mensal antes de abril/2022, a tendência apresenta uma taxa de variação (segundo fórmula apresentada na metodologia) de 53 atendimentos novos produzidos por mês e, após abril, essa taxa aumentou aproximadamente 228%, sendo a nova taxa de variação de 173 atendimentos novos produzidos por mês. No caso da RD, observou-se um crescimento de aproximadamente 12 vezes entre os períodos antes-após abril/2022. Assim como o número de pacientes, as duas alterações na tendência de crescimento se deram nos momentos de publicação/alteração dos PCDTs.

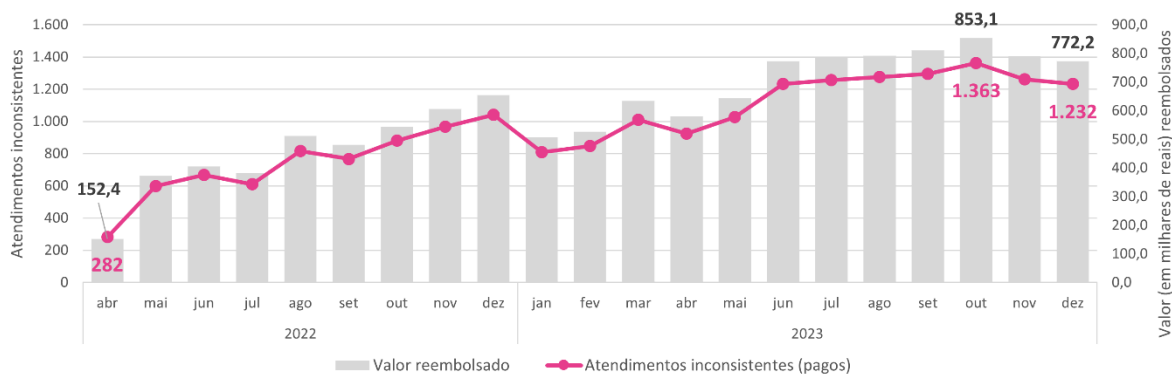
### **3.5 Impacto financeiro das APACs inconsistentes em DMRI para o SUS**

A base de PA não apresentou nenhuma APAC com inconsistência de idade antes de abril/2022, porém, após a unificação dos procedimentos, foi identificado que 20,6% (n = 20.161) das APACs para o tratamento da DMRI apresentaram idade menor que 60 anos, em desacordo com as orientações do PCDT. Das mais de 20 mil APACs inconsistentes, 77,6% (n = 15.635) foram na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade, 16,4% (n= 3.305) entre 40 e 49

anos, 4,3% (n = 869) entre 30 e 39 anos, e 1,7% (n = 352) foram nas idades abaixo de 30 anos.

O pico de APACs com a idade inconsistente para DMRI e o consequente pico de custo de reembolso ocorreram em outubro/2023, porém, em dezembro/2022 houve a maior proporção de APACs inconsistentes em relação ao volume total, representando 22,2% do total de APACs lançadas para o CID H35.0. Além disso, houve aumento da quantidade de APACs que deveriam ter sido glosadas por inconsistência na idade pelo PCDT, mas que foram pagas, sendo que, em 21 meses, a quantidade absoluta apresentou aumento de 337% no número de APACs inconsistentes e reembolsadas (Figura 1).

**Figura 1 – Quantidade de APACs inconsistentes com o PCDT e o valor de reembolso por mês de atendimento**



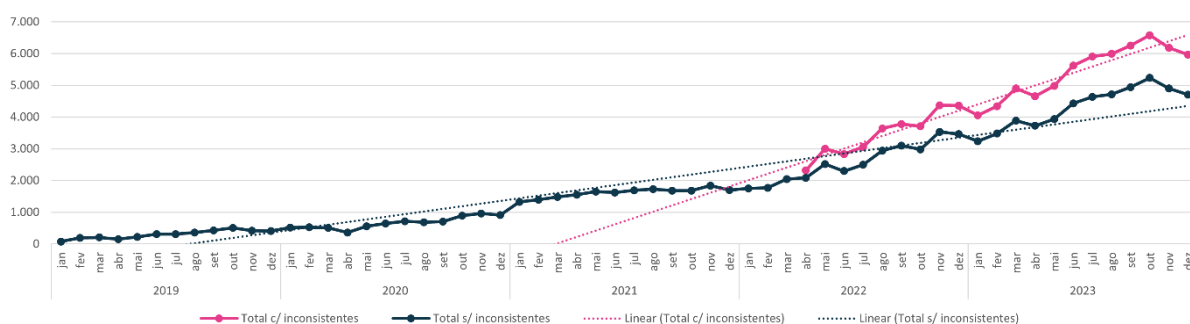
**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Do total de APACs inconsistentes, entre abril/2022 e dezembro/2023 apenas 90 (0,72%) apresentaram glosa e tiveram como justificativa o teto físico-orçamentário e não a inconsistência da idade. Ao todo, foram solicitados R\$ 12,65 milhões de reais por meio dessas APACs inconsistentes, dos quais R\$ 12,58 milhões foram reembolsados pelo SUS ao longo de 21 meses.

O pagamento de APACs inconsistentes com os critérios do PCDT apresenta um aumento ao longo de 2022, mantendo-se estável em 2023 (Figura 1). No total, ao longo dos 9 meses de 2022 foram pagos, aproximadamente, R\$ 4,11 milhões em tratamentos para DMRI em pacientes com menos de 60 anos de idade, representando 19,6% dos gastos com esse procedimento para DMRI. Adicionalmente, nos 12 meses de 2023 avaliados, foram pagos R\$ 8,47 milhões para procedimentos inconsistentes, 21,1% do total reembolsado com esse procedimento para DMRI para esse ano.

Pode-se observar que as APACs lançadas para DMRI e que apresentaram inconsistência na idade elevaram a taxa de variação no período após abril/2022. A taxa de variação (coeficiente angular) após abril foi de 149 atendimentos por mês no cenário sem as APACs inconsistentes e 199 atendimentos por mês no cenário com as APACs inconsistentes, isto é, as APACs que não seguiram o critério de elegibilidade do PCDT cresceram mais rapidamente do que as APACs em acordo com a política pública (Figura 2).

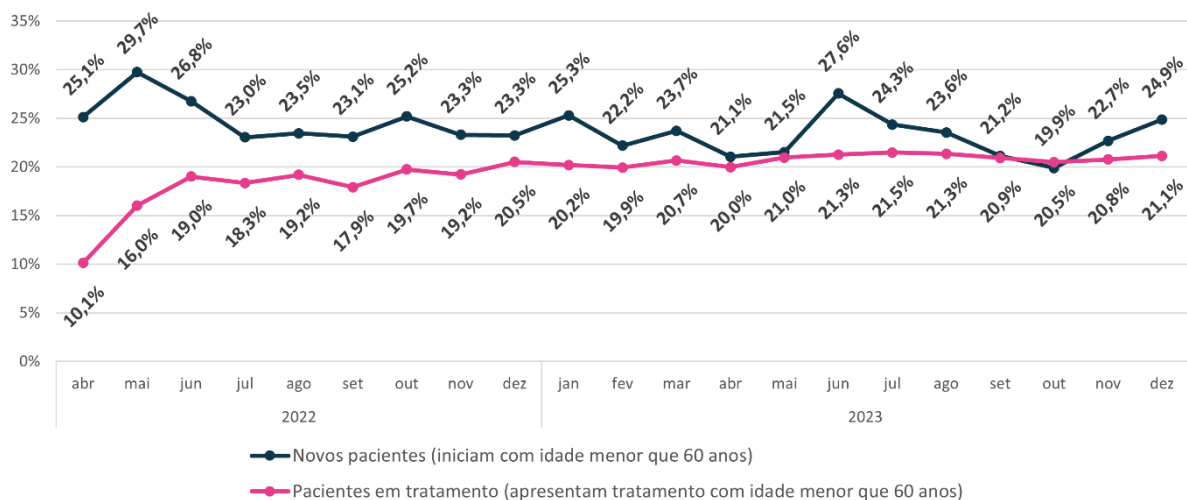
**Figura 2 – Cenário com e sem as APACs inconsistentes devido a idade para DMRI**



**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Observou-se um pico de 29,7% novos pacientes que iniciam com o procedimento de interesse com idade menor que 60 anos em junho/2022 e, após essa competência, a porcentagem de novos pacientes apresentou uma média de 23,5% e se manteve estável até o momento. A proporção de pacientes em tratamento que apresentaram APAC inconsistente com os critérios de elegibilidade do PCDT apresentou aumento entre os meses de abril e junho de 2022, porém, após este período, houve estabilidade, com média de 19,5% no período (Figura 3).

**Figura 3 – Pacientes (novos e em tratamento) que apresentaram idade menor que 60 anos na realização do procedimento de 03.03.05.023-3**



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quando analisado em nível regional, foram identificadas 20 Unidades Federativas (UF) que lançaram APACs para DMRI durante o período avaliado, dos quais apenas 2 não apresentaram APACs inconsistentes: Piauí e Tocantins. Paraná, São Paulo, Bahia e Rio Grande do Sul foram as UF com o maior volume de APACs inconsistentes. O percentual das inconsistências variou de 6,11% a 34,56% do total de APACs lançadas para o procedimento 03.03.05.023-3 para DMRI; Roraima e Pará se destacaram com as maiores proporções de APACs inconsistentes em relação ao respectivo volume gerado (Tabela 1).

**Tabela 1 – Proporção e frequência de APACs inconsistentes a partir de abril/2022 por Unidade Federativa de atendimento**

Região	Estado	Atendimentos totais para DMRI (H35.3)	Atendimentos inconsistentes n (%)
Centro-oeste	Goiás	759	137 (18,05)
	Mato Grosso do Sul	104	7 (6,73)
Nordeste	Bahia	11.451	2.941 (25,68)
	Ceará	1.363	357 (26,19)
	Paraíba	3	1 (33,33)
	Pernambuco	114	28 (24,56)
	Piauí	1	0 (-)
	Rio Grande do Norte	1.455	483 (33,20)
	Sergipe	763	163 (21,36)
Norte	Amapá	2.816	203 (7,21)
	Pará	920	235 (25,54)
	Roraima	1.250	432 (34,56)
	Tocantins	1	0 (-)
Sudeste	Espírito Santo	3.094	189 (6,11)
	Minas Gerais	4.916	976 (19,85)

	Rio de Janeiro	8.137	1.964 (24,14)
	São Paulo	31.292	4.650 (14,86)
Sul	Paraná	18.650	4.996 (26,79)
	Rio Grande do Sul	9499	2.183 (22,98)
	Santa Catarina	7004	1.063 (15,18)

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

## 4 DISCUSSÃO

Fomentando a prática de saúde baseada em evidência, em 2011, os PCDTs foram instituídos no SUS por lei visando a padronização do diagnóstico, tratamento medicamentoso e do controle clínico de doenças e agravos, garantindo a qualidade da assistência terapêutica. Contudo, a eficácia dessas diretrizes só pode ser alcançada mediante uma implementação adequada e sua aplicação coerente no sistema de saúde.

Em relação ao tratamento da DMRI e da RD, embora os PCDTs para essas condições tenham critérios distintos para a autorização do uso de medicamentos anti-VEGFs, a partir de abril de 2022, as vias de solicitação do financiamento federal no SIASUS para ambas as doenças passaram a compartilhar os mesmos procedimentos (APAC 03.03.05.023-3 - Tratamento medicamentoso de doença da retina e 04.05.03.005-3 - Injeção intra-vitrea). Este contexto pode favorecer o descumprimento dos critérios estabelecidos nos PCDTs e comprometer a efetividade da aplicação dos instrumentos no sistema de saúde. Desta forma, o presente estudo se propôs a explorar a coerência das práticas terapêuticas ambulatoriais de diagnóstico e tratamento frente aos critérios de utilização dos anti-VEGFs descritos nos protocolos de DMRI e RD no SUS por meio da análise dos dados de produção ambulatorial disponibilizados pelo DATASUS.

Foi observado que, quando existia uma APAC exclusiva para o tratamento de DMRI e a idade mínima do procedimento era de 60 anos, assim como determinado pelo PCDT, não havia descumprimento dessa regra, pois o próprio sistema bloqueava a emissão da APAC. Todavia, a partir da unificação dos procedimentos, no qual o critério de idade válido é o de 18 anos (conforme o PCDT da RD), identificou-se que 23,8% dos pacientes iniciaram o tratamento medicamentoso para DMRI com menos que 60 anos, idade inferior ao que é determinado pela política pública vigente. Este descumprimento permanece durante a continuidade do tratamento, no qual 20,6% das APACs foram identificadas em desacordo com o PCDT, o que leva a distribuição de medicamentos de forma ineficiente por atingir um

público pelo qual não existem evidências de indicação, além do uso indevido de recursos públicos.

O não cumprimento das diretrizes de PCDT de DMRI, além de representar a não utilização das melhores evidências em saúde, gera um impacto financeiro para o sistema. O total gasto pelo SUS com APACs inconsistentes em DMRI foi estimado em R\$ 12,58 milhões ao longo de 21 meses. Considerando que pouco mais de 30% do público-alvo calculado foi tratado, esse cenário poderia ser ainda pior caso houvesse o diagnóstico e tratamento de 100% dos pacientes projetados no relatório da CONITEC<sup>16</sup>. Adicionalmente, o impacto econômico decorrente de registros inconsistentes pode exacerbar ainda mais ao longo dos anos caso a tendência de crescimento mais elevado para TMDR de APACs inconsistentes perdure, tendo em vista que o valor gasto com inconsistências dobrou no período avaliado, passando de aproximadamente 4,1 milhões em 2022 para 8,4 milhões em 2023.

Outro achado interessante que indica inconsistência para o tratamento do EMD é referente à necessidade da realização da TCO para diagnosticar o paciente e torná-lo elegível ao tratamento com anti-VEGFs. De acordo com o PCDT de RD, todo o paciente que utilize anti-VEGFs deve ser diagnosticado com o exame de TCO, contudo, apenas 55% dos pacientes realizaram esse exame após abril/2022.

Além das inconsistências elencadas que limitam o êxito de implementação dos PCDTs, também foi observado que o volume de atendimentos realizados para o procedimento de injeção intravítrea de anti-VEGFs foi bastante variável em cada UF e região do Brasil, inclusive alguns estados ainda não apresentaram lançamento dessa APAC. Esse cenário evidencia as diferenças e possíveis dificuldades associadas à implementação das políticas públicas para DMRI e RD/EMD. Além disso, apesar de as regiões Sul e Sudeste apresentarem os maiores volumes de atendimento, elas também concentram os estados com maior número de APACs inconsistentes, com destaque para SP, PR, RS e RJ.

A dificuldade de acesso à assistência em saúde pode ser um dos fatores que influenciam na ineficiência da aplicação de políticas públicas em saúde. Touma-Falci et al. (2021)<sup>2</sup> associaram as longas distâncias percorridas por pacientes com DMRI ao pequeno percentual da cobertura do tratamento em relação ao público-alvo e o não cumprimento do cronograma de doses do tratamento com as injeções de acordo com o PCDT.

Como ponto forte do presente estudo, foi desenvolvida uma metodologia de análise de dados secundários do SUS que permitiu o acompanhamento da efetividade da implementação de políticas públicas em oftalmologia no sistema público de saúde do Brasil por meio da identificação de inconsistências que ocasionam impactos financeiros para o SUS. Contudo,

algumas limitações devem ser citadas: como característica de banco de dados secundários, a qualidade do preenchimento dos registros não é controlada pelos pesquisadores. Também, é possível que parte dos exames de TCO avaliados possam ter sido realizados no sistema de saúde privado e, por este motivo, não há visibilidade nos dados provenientes do DATASUS.

## 5 CONCLUSÃO

Após a unificação dos procedimentos, entre abril de 2022 e dezembro de 2023, 20,6% das APACs lançadas para pacientes com DMRI estavam inconsistentes com o critério de idade imposto pelo PCDT, acarretando um custo de aproximadamente R\$ 12,58 milhões ao longo de 21 meses. O impacto em decorrência de lançamentos indevidos poder se tornar ainda maior, uma vez que apenas 30,3% dos indivíduos com DMRI elegíveis para o tratamento receberam o benefício pelo SUS. Assim, tendo em vista o gasto indevido de recursos públicos, se faz necessária a criação de mecanismos de auditoria para evitar esse tipo de inconsistência, possibilitando que o Ministério da Saúde acompanhe a efetividade de implementação das políticas públicas desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS

1. Chagas TA, Dos Reis MA, Leivas G, Santos LP, Gossenheimer AN, Melo GB, Malerbi FK, et al. Prevalence of diabetic retinopathy in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr* [internet]. 2023 [cited 2024 Jun 15];15(1):34. Available from: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-023-01003-2> doi: 10.1186/s13098-023-01003-2
2. Touma-Falci L, Moreira-Neto CA, Taleb AC, Prieto MB, Packer T, Oliveira JCB, et al. Age-related macular degeneration and resource utilization in the Brazilian public healthcare system: a real-world retrospective study. *BMC Ophthalmol* [internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];21(1):430. Available from: <https://bmcophthalmol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12886-021-02181-1> doi: 10.1186/s12886-021-02181-1
3. Bahia LR, da Rosa MQM, Araujo DV, Correia MG, Dos Rosa RDS, Duncan BB, et al. Economic burden of diabetes in Brazil in 2014. *Diabetol Metab Syndr* [internet]. 2019 [cited 2024 Jun 15];11:54. Available from: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-019-0448-4> doi: 10.1186/s13098-019-0448-4
4. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada à Idade (forma neovascular) nº693. Ministério da Saúde. 2022 [cited 2024 Mar 06]. Available from: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220526\\_relatorio\\_693\\_pcdt\\_dmri\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220526_relatorio_693_pcdt_dmri_final.pdf)
5. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética nº 618 . Ministério da Saúde. 2021 [cited 2024 Mar 06]. Available from: [http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2021/20211217\\_Relatorio\\_PCDT\\_Retinopatia-Diabetica\\_618\\_Final.pdf](http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2021/20211217_Relatorio_PCDT_Retinopatia-Diabetica_618_Final.pdf)

6. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. c2024 [cited 2024 Jun 3]. Available from: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt#:~:text=Os%20Protocolos%20Clínicos%20e%20Diretrizes%20Terapêuticas%20\(PCDT\)%20são%20documentos%20que%20controle%20clínico:%20e%20](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt#:~:text=Os%20Protocolos%20Clínicos%20e%20Diretrizes%20Terapêuticas%20(PCDT)%20são%20documentos%20que%20controle%20clínico:%20e%20)
7. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 18, de 02 de julho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (forma neovascular) [internet]. Brasília; 2018 [cited 2024 Mar 06]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/poc0018\\_19\\_11\\_2018.html#:~:text=Aprova%20o%20Protocolo%20Clínico%20e%20a%20Idade%20\(forma%20neovascular](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/poc0018_19_11_2018.html#:~:text=Aprova%20o%20Protocolo%20Clínico%20e%20a%20Idade%20(forma%20neovascular)
8. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 17, de 01 de outubro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética [internet]. Brasília; 2021 [cited 2024 Mar 06]. Available from: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20211220\\_portal\\_retinopatia\\_diabetica.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20211220_portal_retinopatia_diabetica.pdf)
9. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 24, de 07 de dezembro de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada à Idade [internet]. Brasília; 2022 [cited 2024 Mar 06]. Available from: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20221216\\_pcdt-dmri.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20221216_pcdt-dmri.pdf)
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Reunião Ordinária Pública 2/2020 - Processo SEI nº 25351.900105/2020-63 [internet]. Brasília/DF; 2020 [cited 2024 Mar 06]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/composicao/diretoria-colegiada/reunioes-da-diretoria/atas/reunioes-publicas-ordinarias/2020/ata-da-reuniao-ordinaria-publica-no-2-de-18-de-fevereiro-de-2020.pdf>
11. Ministério da Saúde. Transferência de Arquivos – DATASUS [internet]. Brasília/DF: Ministério da Saúde; [cited 2024 Mar 06]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2016 [citado 2026 mai 18]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
13. Ministério da Saúde. SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. [internet]. Brasília/DF: Ministério da Saúde; [cited 2024 Mar 06]. Available from: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do Censo 2022 [internet]. Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022 [cited 2024 Mar 06]. Available from: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
15. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS [internet]. Brasília/DF: Ministério da Saúde; [cited 2024 Mar 06]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
16. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Aflibercepte e Ranibizumabe para o tratamento da degeneração macular relacionada à idade neovascular (úmida). Relatório nº 241 [internet]. Brasília/DF: CONITEC; fevereiro de 2021. Available from: [http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/Sociedade/ReSoc241\\_aflibercepte\\_ranibizumabe\\_DMRI.pdf](http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/Sociedade/ReSoc241_aflibercepte_ranibizumabe_DMRI.pdf)
17. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Aflibercepte para Edema Macular Diabético. Relatório nº 478. Novembro de 2019 [internet]. Brasília/DF: CONITEC; novembro de 2019. Available from: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2019/relatorio\\_aflibercepte\\_edemamacularidiabetico.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2019/relatorio_aflibercepte_edemamacularidiabetico.pdf)

# Multicausalidade da obesidade infantil e políticas públicas: estudo de revisão integrativa<sup>1</sup>

*Multicausalidad de la obesidad infantil y políticas públicas: estudio de revisión integrativa*

*Multicausality of childhood obesity and public policies: an integrative review study*

**Moisés Felipe Pereira Gomes<sup>1</sup>**  
**Adrielly de Vila Moura<sup>2</sup>**  
**Davi Borges Ferreira<sup>3</sup>**  
**Gabriel Cavalcanti Guerreiro Louro<sup>4</sup>**  
**Cézar Henrique Azevedo<sup>5</sup>**  
**Luzana Mackevicius Bernardes<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

<sup>2</sup>Unidade de Saúde da Família (USAFA/RIO BRANCO)

<sup>3</sup>Clínica de Vacinas Santos Ponta da Praia (SP)

<sup>4</sup>Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

<sup>5</sup>Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

<sup>6</sup>Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

## RESUMO

**Introdução:** A obesidade infantil configura-se como agravo de caráter multicausal e crescente prevalência, associada a importantes repercussões metabólicas e psicossociais ao longo do ciclo vital. Embora existam programas e ações governamentais, são escassas sínteses nacionais que integrem os múltiplos fatores de risco envolvidos e as políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento. **Objetivo:** Avaliar a produção científica brasileira sobre a multicausalidade da obesidade infantil e as políticas públicas implementadas para o seu enfrentamento. **Método:** Revisão integrativa da literatura, orientada pela estratégia PICO, em que se definiu como população crianças, como interesse a obesidade e como contexto os fatores de risco e as políticas públicas. A busca foi realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, *National Library of Medicine*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SciELO, utilizando os descritores “obesidade”, “criança” e “políticas públicas”, no período de 2018 a 2022, incluindo apenas artigos em português. Após aplicação dos critérios de exclusão e leitura na íntegra, 13 artigos compuseram a amostra final. **Resultados:** Os estudos destacaram a complexidade dos determinantes da obesidade infantil, envolvendo dinâmica familiar, tempo de aleitamento materno, condições socioeconômicas, interesses comerciais, influência midiática e autoimagem. Poucos estudos abordam o fenômeno de

---

<sup>1</sup> Inconsistências nas citações e referências são responsabilidade da autoria

forma integrada, articulando esses fatores às políticas públicas de prevenção e controle. **Conclusão:** A multicausalidade da obesidade infantil exige respostas intersectoriais integradas. A produção científica nacional ainda é limitada quanto à análise abrangente das políticas públicas, indicando a necessidade de estratégias mais robustas de formulação, implementação e monitoramento das ações voltadas a esse agravo.

**Palavras-chave:** Obesidade infantil. sobrepeso. política pública.

## RESUMEN

**Introducción:** La obesidad infantil se configura como un agravo de carácter multicausal y de prevalencia creciente, asociada a importantes repercusiones metabólicas y psicosociales a lo largo del ciclo vital. Aunque existen programas y acciones gubernamentales, son escasas las síntesis nacionales que integren los múltiples factores de riesgo implicados y las políticas públicas orientadas a su enfrentamiento. **Objetivo:** Evaluar la producción científica brasileña sobre la multicausalidad de la obesidad infantil y las políticas públicas implementadas para su enfrentamiento. **Método:** Revisión integradora de la literatura, guiada por la estrategia PICo, en la cual se definió como población a los niños, como interés la obesidad y como contexto los factores de riesgo y las políticas públicas. La búsqueda se realizó en las bases Biblioteca Virtual en Salud, National Library of Medicine, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y SciELO, utilizando los descriptores “obesidad”, “niño” y “políticas públicas”, en el período de 2018 a 2022, incluyendo solo artículos en portugués. Tras la aplicación de los criterios de exclusión y la lectura íntegra, 13 artículos compusieron la muestra final. **Resultados:** Los estudios destacaron la complejidad de los determinantes de la obesidad infantil, que incluyen la dinámica familiar, el tiempo de lactancia materna, las condiciones socioeconómicas, los intereses comerciales, la influencia mediática y la autoimagen. Pocos estudios abordan el fenómeno de forma integrada, articulando estos factores con las políticas públicas de prevención y control. **Conclusión:** La multicausalidad de la obesidad infantil exige respuestas intersectoriales integradas. La producción científica nacional aún es limitada en cuanto al análisis amplio de las políticas públicas, lo que indica la necesidad de estrategias más robustas de formulación, implementación y monitoreo de las acciones dirigidas a este agravo.

**Palabras clave:** Obesidad infantil. sobrepeso. políticas públicas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Childhood obesity is a condition of multicausal nature and increasing prevalence, associated with significant metabolic and psychosocial repercussions throughout the life course. Although there are governmental programs and initiatives, there are few national syntheses that integrate the multiple risk factors involved and the public policies aimed at addressing it. **Objective:** To assess Brazilian scientific production on the multicausality of childhood obesity and the public policies implemented to confront it. **Method:** Integrative literature review guided by the PICO strategy, in which children were defined as the population, obesity as the interest, and risk factors and public policies as the context. The search was carried out in the Virtual Health Library, the National Library of Medicine, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, and SciELO databases, using the descriptors “obesity”, “child” and “public policies”, covering the period from 2018 to 2022 and including only articles in Portuguese. After applying the exclusion criteria and full-text reading, 13 articles comprised the final sample. **Results:** The studies highlighted the complexity of the determinants of childhood obesity, involving family dynamics, duration of breastfeeding, socioeconomic conditions, commercial interests, media influence, and self-image. Few studies address the phenomenon in an integrated way, linking these factors to public policies for prevention and control. **Conclusion:** The multicausality of childhood obesity requires integrated intersectoral responses. National scientific production remains limited regarding a comprehensive analysis of public policies, indicating the need for more robust strategies for the formulation, implementation, and monitoring of actions aimed at this condition.

**Key words:** Pediatric Obesity. overweight. public policy.

# 1 INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade são desafios à saúde em escala mundial <sup>1</sup>. Sua prevalência triplicou desde 1975 <sup>2</sup>, o que tem preocupado especialistas, uma vez que a obesidade impõe desafios pessoais, sociais e econômicos às famílias, comunidades e países <sup>3</sup>. Estima-se que, até 2050, os custos diretos e indiretos relacionados com essa condição alcancem aproximadamente 62,64 bilhões de dólares <sup>3</sup>.

O último inquérito nacional acerca da alimentação e nutrição infantil indica que uma em cada dez crianças de até 5 anos apresentava peso acima do ideal em 2019 <sup>4</sup>. Já os dados de atendimentos de escolares na Atenção Primária à Saúde (SAPS), do mesmo ano, apontam que, no Brasil, cerca de 6,4 milhões de crianças estejam em situação de sobrepeso e 3,1 milhões já evoluíram para o quadro de obesidade <sup>5</sup>.

Segundo Crescente *et al.*, a obesidade infantil cresceu mais de 300% em crianças com idade entre os 5 aos 9 anos nos últimos 20 anos <sup>6</sup>. Além disso, os autores destacam que a presença da obesidade na infância ou na adolescência possui relação com o excesso de adiposidade na fase adulta, observando-se que 20% dos indivíduos em fase pré-escolar tornaram-se adultos obesos, entre adolescentes obesos esse percentual foi de 80% <sup>6</sup>.

A obesidade é entendida como um distúrbio nutricional e metabólico de origem multifatorial, em que o percentual de gordura corporal se encontra elevado em decorrência de um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético <sup>7</sup>. Os pontos de corte que definem a obesidade infantil variam de acordo com a idade. Para crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se obesidade quando o peso se situa entre 120% e 129% em relação ao valor ideal <sup>8</sup>. Já para crianças maiores de 2 anos, a definição de obesidade baseia-se no índice de massa corporal (IMC) e nos percentis de gráficos populacionais por idade e sexo <sup>8</sup>.

A relação que a criança estabelece com o alimento é um dos fatores modificáveis mais complexos, pois envolve a interação entre os diversos componentes que podem resultar, ou não, em obesidade. Dentre os componentes, podem-se citar: o ambiente onde ocorrem as refeições, peças publicitárias destinadas ao público infantil, elevado consumo de alimentos industrializados, baixa renda, distúrbios da autoimagem, acesso a alimentos saudáveis, baixo nível de escolaridade, e comportamento dos pais <sup>9-12</sup>.

A obesidade infantil como condição de saúde, está relacionada a diversas comorbidades, algumas das quais podem se manifestar ainda na infância, tais como a artralgia

por sobrepeso, artrite, apneia do sono, esteatose hepática, dislipidemia, aumento dos valores pressóricos arterial e resistência à insulina<sup>13, 14</sup>.

Nos últimos anos, o Brasil, por meio de diversas políticas públicas tem contribuído para a promoção da saúde com a implementação de programas voltados ao enfrentamento da obesidade infantil, dentre eles: o Programa Saúde na Escola, o Programa Nacional de Alimentação Escolar, a regulamentação dos alimentos comercializados em cantinas escolares, o Projeto Escola Saudável, a promoção da alimentação saudável nas escolas e a regulamentação de propaganda e publicidade de alimentos. Entretanto, constata-se ainda a necessidade de aprimorar a implementação e a fiscalização dessas leis e regulamentações, de modo a ampliar sua efetividade no controle da obesidade infantil<sup>15</sup>.

Nesse contexto, a nutrição infantil deve ser discutida em estreita articulação com as políticas públicas de saúde, educação e assistência social, de forma a promover hábitos alimentares saudáveis e ambientes menos obesogênicos desde os primeiros anos de vida.

Diante desse cenário, coloca-se o seguinte problema de pesquisa: como a produção científica brasileira tem abordado os fatores de risco associados ao desenvolvimento da obesidade infantil e em que medida tem contemplado as políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento? Considerando o aumento da obesidade infantil e suas implicações na qualidade de vida dos indivíduos, este estudo tem como objetivo avaliar a produção científica brasileira sobre a multicausalidade da obesidade infantil e as políticas públicas implementadas para o seu enfrentamento.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, de abordagem descritiva e exploratória, realizado com base em dados secundários obtidos em publicações científicas relacionadas à multicausalidade da obesidade infantil. Por se tratar de uma pesquisa que utilizou exclusivamente dados de domínio público e sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as normativas vigentes para pesquisas dessa natureza no Brasil.

A fim de delimitar a abrangência do estudo, utilizou-se a estratégia para cenários não-clínicos, designada pelo acrônimo PICo<sup>16</sup>, onde a letra P (*population*) indica a população, a letra I (*interest*) está indica o interesse, Co (*contextn*) diz respeito ao contexto. Nesse estudo o acrônimo determinado foi: P – infantil, I – obesidade, Co–fatores de risco e políticas

públicas. Assim, estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: quais os fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil e quais as políticas públicas abordam o problema?

## 2.1 Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *National Library of Medicine* (Medline via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), utilizando os seguintes descritores em Ciências de Saúde-DeCS: obesidade AND criança AND políticas públicas. Além disso, foram utilizados os seguintes filtros: artigos somente em idioma português no período de 01 de janeiro de 2018 a 12 de dezembro de 2022.

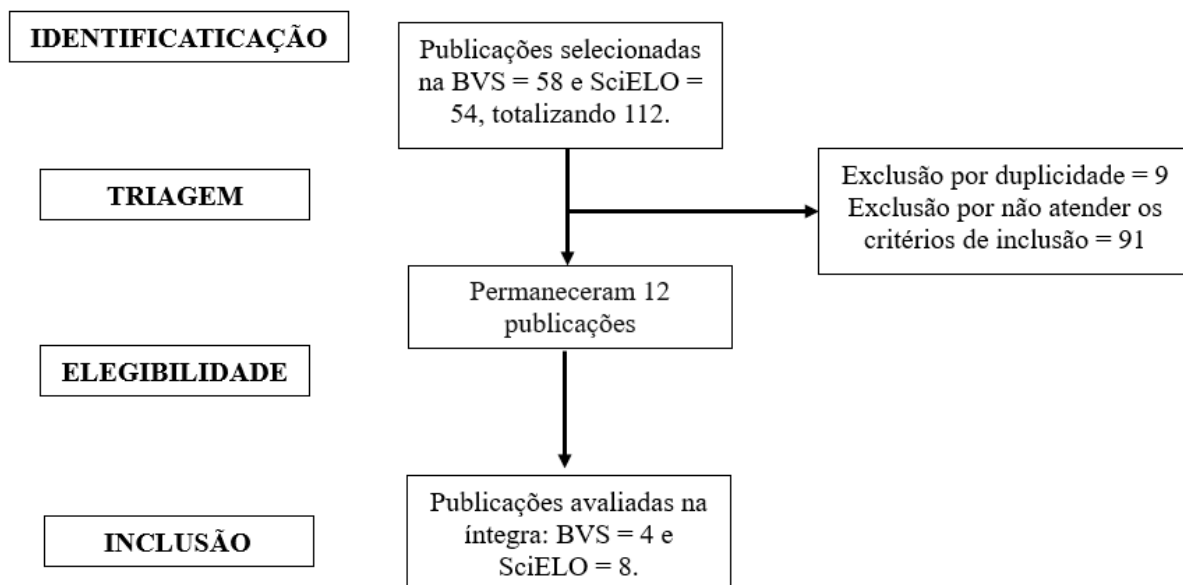
Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: artigos que não atenderam aos objetivos propostos no estudo, artigos com idiomas diferentes do português, artigos duplicados, carta ao editor, revisões de literatura e literatura cinzenta.

No presente estudo, não foram realizadas análise de viés nem avaliação sistemática da qualidade metodológica dos estudos incluídos, pois o foco concentrou-se em compreender como a literatura brasileira aborda os fatores de risco associados à obesidade infantil e de que forma contempla as políticas públicas relacionadas ao problema, e não em estimar medidas de efeito ou de associação entre exposições e desfechos. Nessa perspectiva, optou-se por privilegiar a análise de conteúdo e a categorização temática dos resultados, a fim de identificar lacunas, convergências e fragilidades nas políticas públicas e nas abordagens adotadas pelos estudos incluídos, em vez de realizar comparações quantitativas quanto ao rigor metodológico ou à magnitude dos efeitos observados.

## 3 RESULTADOS

Ao todo 112 publicações foram selecionadas, destas 58 da BVS, 54 e SciELO. Destas, 9 publicações foram excluídas devido duplicidade e 91 após o refinamento pelos critérios de exclusão. Ao todo 34 artigos foram lidos na íntegra, e após análise, 12 artigos foram incluídos para compor a amostra final deste estudo (Figura 1). A figura 1 representa a estruturação do corpus desta revisão *o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

**Figura 1– Diagrama Prisma**



**Figura 1:** Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos, conforme diretrizes PRISMA. Ao término do processo 91 estudos não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 12 publicações selecionadas para compor a amostra final.

Além disso, os artigos elencados para esta revisão foram organizados em um quadro sinóptico, contendo: ano de publicação; título periódico/revista; objetivo; tipo de abordagem conforme o quadro 1.

**Quadro 1 – Sinopse dos dados coletados nos artigos da revisão integrativa de 2018 a 2023 organizados por ano de publicação, título, periódico, objetivo, tipo de estudo e autores.**

<b>Autor(es) (Ano)</b>	<b>Título</b>	<b>Jornal</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Modelo do estudo</b>
Henriques <i>et al.</i> (2018)	Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade.	Ciência & Saúde Coletiva	Analisar as ações de prevenção e controle da obesidade infantil.	Estudo de análise de referencial de políticas públicas.
Silveira <i>et al.</i> (2019)	Alimentação saudável na infância: representações sociais de famílias e crianças em idade escolar	Aletheia	Compreender as RS sobre a alimentação saudável na infância de pais e de crianças em idade escolar de classes econômicas média e baixa.	Estudo de casos múltiplos
Souza <i>et al.</i> (2019)	Impacto de uma estratégia de manejo do excesso de peso infanto-juvenil	Sci Med.	Avaliar, através de parâmetros antropométricos e bioquímicos, o impacto de uma estratégia de manejo do excesso de peso implantada em um ambulatório de	Estudo de coorte

			obesidade infanto-juvenil de um hospital público.	
Baggio <i>et al.</i> (2021)	Obesidade infantil na percepção de crianças, familiares e profissionais de saúde e de educação.	Texto & Contexto Enfermagem	Compreender a perspectiva de crianças, familiares e profissionais da saúde e da educação acerca da obesidade infantil.	Pesquisa qualitativa
Maia <i>et al.</i> (2021)	A influência sócio-familiar no comportamento alimentar de pacientes obesos.	Saúde Coletiva (Barueri)	Compreender de que forma a família, como instituição social, influencia no comportamento alimentar de pacientes obesos.	Pesquisa qualitativa
Chaves <i>et al.</i> (2021)	Coocorrência de fatores de risco obesogênicos em adolescentes brasileiros: o papel das características sociodemográficas e da presença parental.	Cadernos de Saúde Pública	Estimar a prevalência da coocorrência de fatores de risco obesogênicos em adolescentes brasileiros e características sociodemográficas.	Estudo transversal
Silva <i>et al.</i> (2021)	Influência familiar no estado nutricional e hábito alimentar de crianças de seis a nove anos.	Revista de Nutrição	Investigar se atitudes, crenças, práticas, hábitos alimentares e estado nutricional dos responsáveis influenciam os hábitos alimentares e o estado nutricional de crianças de 6 a 9 anos.	Estudo transversal
Werneck <i>et al.</i> (2022)	Associação do status de atividade física e peso dos pais com os indicadores de obesidade e risco metabólico dos filhos.	Ciência & Saúde Coletiva	Analisar a associação combinada entre características dos pais e indicadores de adiposidade dos filhos com o risco metabólico em adolescentes.	Estudo transversal
Verga <i>et al.</i> (2022)	O sistema familiar buscando transformar seu comportamento alimentar frente à obesidade infantil	Revista Brasileira de Enfermagem	Compreender os comportamentos e práticas alimentares das famílias face à obesidade infantil.	Pesquisa qualitativa
Sato <i>et al.</i> (2022)	Ações de alimentação e nutrição à população maternoinfantil na Atenção Primária à Saúde: análise comparativa em municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil.	Revista de Nutrição	Caracterizar e analisar comparativamente a organização da Atenção Nutricional ao pré-natal, ao puerpério e ao aleitamento, na Atenção Primária à Saúde, em dois municípios da Baixada Santista, São Paulo, Brasil.	Estudo exploratório-analítico
Rocha <i>et al.</i> (2022)	Associação entre o consumo alimentar materno na gravidez de acordo com o grau de processamento e peso ao nascer segundo a idade gestacional e sexo	Revista de Nutrição	Avaliar a associação da dieta materna de acordo com o grau de processamento dos alimentos e o peso ao nascer segundo a idade gestacional e sexo.	Estudo transversal

Vasconcelos <i>et al.</i> (2022)	Tendência temporal (2008-2018) da prevalência de excesso de peso em lactentes e pré-escolares brasileiros de baixa renda.	Ciência & Saúde Coletiva	Analisar a tendência temporal da prevalência de excesso de peso (EP) em crianças menores de cinco anos assistidas pelo Programa Bolsa Família (PBF) entre 2008 e 2018.	Estudo de série temporal
----------------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------

**Quadro:** Sinopse dos dados dos estudos incluídos na revisão integrativa (2018–2022), organizados por ano de publicação, autor(es), título, periódico, objetivo e modelo de estudo.

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 Multicausalidade da obesidade infantil e suas consequências

Os estudos relacionados nesta revisão apontam que a obesidade infantil é um fenômeno complexo, de magnitude mundial, com crescente aumento ao longo dos anos e com repercussões negativas na vida adulta<sup>17, 18</sup>. Além disso, dos estudos elencados neste trabalho, sete descrevem a obesidade/sobrepeso infantil como uma questão relevante de saúde pública<sup>17-23</sup>, em virtude de suas possíveis complicações, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2) e doenças cardiovasculares<sup>21</sup>.

Quanto aos fatores de risco relacionados com a etiologia da obesidade infantil, o levantamento realizado destacou como principais fatores de risco apontados pelos autores, sendo eles: condições socioeconômicas da família, preditores maternos, fatores genéticos e epigenéticos, redução do aleitamento materno, sobrepeso dos pais, hábito nutricional dos pais, relacionamento parental, saúde mental, influência midiática e inatividade física<sup>24, 25</sup>.

Devido à complexidade fenomenológica da obesidade infantil, Baggio *et al.*<sup>19</sup> apontam que esse agravo não pode ser reduzido apenas à insuficiência de atividade física. Segundo os autores, muitas crianças manifestam o desejo de possuir uma imagem corporal diferente daquela que percebem em si mesmas, e esse sentimento de inadequação pode afastá-las da prática de atividades físicas em decorrência da baixa autoestima, sintomas depressivos e situações de bullying vivenciadas no convívio social<sup>19</sup>. Nesse contexto, o acompanhamento psicológico configura-se como componente importante para o manejo integral da obesidade infantil.

A dinâmica familiar e as condições socioeconômicas também são apontadas como componentes relevantes na obesidade infantil. Segundo Chaves *et al.*<sup>22</sup>, famílias com

melhores condições socioeconômicas tendem a apresentar condições nutricionais mais favoráveis. Os autores demonstram que a prevalência de fatores obesogênicos é maior em regiões menos desenvolvidas do país e em contextos nos quais as mães apresentam menor nível de escolaridade<sup>22</sup>.

Em relação à dinâmica familiar, alguns estudos indicam que o comportamento nutricional parental possui forte influência no desenvolvimento da obesidade infantil, pois as crianças baseiam a quantidade e as escolhas dos alimentos no comportamento que os pais possuem e não em conhecimento sobre nutrição ou indicadores de saciedade<sup>26</sup>. Verga *et al.*,<sup>23</sup> reforçam essa ideia ao descrever a família como um importante sistema gerador de comportamentos perante a vivência de cada membro, onde a interação que os responsáveis possuem com o alimento levam, por consequência, a características semelhantes na criança<sup>23</sup>.

Além disso, alguns autores enfatizam que em muitos casos há percepção dos pais quanto à obesidade infantil e suas consequências, porém, tendem a minimizá-la ou ignorar os riscos e agravamentos, principalmente se esses também estiverem nas mesmas condições<sup>23</sup>. Essa conjuntura pode retardar o início do tratamento da obesidade infantil e dificultar o processo de uma reeducação alimentar<sup>23</sup>.

Outro aspecto relevante diz respeito aos relacionamentos interpessoais na dinâmica familiar. Segundo Silva *et al.*<sup>26</sup>, famílias disfuncionais, cujos pais apresentam características autoritárias, excessivamente exigentes, com elevadas expectativas e reduzida responsividade afetiva e suporte aos filhos, tornam as crianças mais vulneráveis à obesidade e ao desenvolvimento de comportamentos alimentares negativos.

Considerando que o relacionamento dos pais com os filhos e com a alimentação é um fator crucial na prevenção e no tratamento da obesidade infantil, torna-se essencial incluir os responsáveis como agentes centrais nos processos de intervenção nutricional.

Nesse mesmo sentido, os estudos de Baggio *et al.*<sup>19</sup>, Verga *et al.*<sup>23</sup> e Silveira *et al.*<sup>27</sup> reforçam que as intervenções familiares não podem se restringir a orientações prescritivas sobre “o que comer”, devendo considerar a alimentação como prática relacional, atravessada por memórias, afetos, sentimento de culpa e significados associados ao “sair da linha”. Esses trabalhos apontam um padrão recorrente: mesmo quando as famílias verbalizam um ideal normativo de alimentação saudável, persistem forças sociais, econômicas e simbólicas que tensionam o cotidiano em direção ao consumo de produtos ultraprocessados, guloseimas e refeições de conveniência. Dessa forma, a dimensão psicossocial e cultural emerge como eixo

estruturante da multicausalidade da obesidade infantil, articulando-se a fatores socioeconômicos e à oferta de alimentos nos territórios.

A relação do tempo de lactância materna e excesso de peso em crianças nos 4 primeiros anos de vida foi abordado por Vasconcelos *et al*<sup>25</sup>. Segundo as autoras, em regiões do país onde a amamentação foi maior houve menor ocorrência de sobrepeso na infância. No entanto, ao se avaliar o peso de lactentes e pré-escolares beneficiários do Programa Bolsa Família, verificou-se tendência de excesso de peso. Em conjunto, esses dados indicam que a proteção conferida pelo aleitamento materno e pela alimentação complementar adequada é insuficiente quando não articulada a políticas mais amplas de regulação do ambiente alimentar. Nesse sentido, a evidência quantitativa de Vasconcelos *et al*<sup>25</sup> complementa os achados qualitativos sobre práticas familiares, indicando que mudanças no nível micro só se sustentam quando encontram respaldo em condições estruturais mais favoráveis.

A partir desse panorama, torna-se ainda mais evidente o papel central da orientação às famílias. Assim, a orientação dos pais quanto à introdução de alimentos complementares após o sexto mês de vida, bem como à criação de hábitos alimentares saudáveis, assume expressiva importância na formação do padrão alimentar que a criança desenvolverá<sup>20</sup>. Conforme Silveira *et al*, as crianças são inicialmente atraídas por alimentos chamativos sejam por sua cor, cheiro, aparência e sabor, provavelmente por serem movidas predominantemente por estímulos sensoriais (visão, audição, tato, olfato e paladar) uma vez que ainda estão em fase de desenvolvimento<sup>27</sup>.

A literatura aponta que um dos maiores desafios na educação em nutrição é incentivar o contato das crianças com pratos preparados com alimentos saudáveis, isto é, produtos *in natura* de origem vegetal (verduras, legumes, frutas, grãos, cereais, entre outros), o que pode ser caracterizado como um dos passos para uma adequada nutrição das crianças<sup>28</sup>. Nessa perspectiva, intervenções que promovam a experimentação, o preparo e o consumo regular desses alimentos no ambiente escolar e familiar mostram-se mais promissoras do que ações meramente informativas.

A nutrição nos primeiros anos de vida é primordial para o seu desenvolvimento saudável e, quando inadequada, pode trazer danos à saúde, como a carência de nutrientes, sobrepeso ou obesidade e doenças crônicas associadas<sup>29</sup>. O período gestacional e os primeiros anos de vida configuram, assim, janelas críticas de programação metabólica e

comportamental, nas quais exposições alimentares e ambientais podem repercutir ao longo de todo o ciclo vital <sup>25, 29</sup>.

Nesse contexto, a educação em saúde, principalmente no ambiente escolar, pode favorecer mudanças alimentares significativas para o público infantil, considerando um espaço importante de convívios sociais das crianças fora de seu núcleo familiar <sup>28</sup>. A escola surge, portanto, como cenário estratégico para integrar ações educativas, oferta adequada de alimentos e regulação de práticas comerciais dirigidas ao público infantil.

A prática de atividade física também foi enfatizada pelos autores como importante estratégia para a prevenção e o tratamento da obesidade infantil. O estudo de Souza *et al.*<sup>18</sup> aponta que algumas intervenções têm demonstrado benefícios a partir de abordagens centradas no estilo de vida, incluindo alimentação baseada na qualidade dos alimentos e incentivo à prática regular e sistematizada de atividade física, com o objetivo de aumentar o déficit calórico.

Em síntese, a análise integrada dos estudos incluídos evidencia um conjunto de padrões consistentes: a) forte influência da dinâmica familiar e dos estilos parentais sobre o comportamento alimentar e o risco de obesidade infantil <sup>22, 23, 26</sup>; b) papel persistente de fatores socioeconômicos, com maior vulnerabilidade entre famílias de menor escolaridade materna, renda mais baixa e exposição a ambientes alimentares desfavoráveis <sup>22, 25</sup>; c) presença de determinantes psicossociais, como baixa autoestima, *bullying*, estigma e sofrimento mental, que afastam crianças da atividade física e favorecem práticas alimentares de conforto <sup>18, 19</sup>; e d) relevância do período da gestação, da amamentação e dos primeiros anos de vida como janelas críticas de programação metabólica e comportamental <sup>25, 29</sup>. Observa-se, por outro lado, lacuna importante na articulação desses determinantes em modelos explicativos mais abrangentes: a maioria dos artigos aborda conjuntos de fatores isoladamente, com pouca integração entre camadas micro (família, escola), meso (serviços de saúde) e macro (sistema alimentar, políticas econômicas), o que limita o avanço da compreensão da multicausalidade como fenômeno sistêmico

#### **4.2 Prevenção da obesidade infantil e a implementação políticas públicas**

No que se refere à categoria de análise “prevenção da obesidade infantil e implementação de políticas públicas”, constata-se que poucos artigos abordam essa temática,

mantendo o foco, em geral, nos aspectos micro, ou seja, nos comportamentos obesogênicos de forma isolada. Esse cenário evidencia a necessidade de ampliar o debate, considerando a complexidade das múltiplas causas que levam à obesidade infantil e sua inserção em contextos sociais, econômicos e políticos mais amplos.

Em nosso levantamento, apenas três estudos exploraram de maneira mais explícita a dimensão macroestrutural da obesidade infantil. Entre eles, destaca-se o estudo de Sato *et al.*<sup>30</sup>, que descreve fragilidades na organização da atenção nutricional e aponta a necessidade de fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde. Para além das limitações organizacionais da rede de atenção nutricional, emergem também questões de ordem macrossocial relacionadas às condições de vida, às desigualdades sociais e à própria estrutura do sistema alimentar contemporâneo.

Segundo Vasconcelos *et al.*<sup>25</sup>, o consumo de produtos não saudáveis, especialmente aqueles com elevado teor de gorduras e açúcares, apresenta ampla adesão na população, associado, entre outros fatores, ao baixo custo desses produtos, favorecido por incentivos fiscais concedidos à indústria alimentícia.

Esse quadro ilustra como mecanismos econômicos e regulatórios contribuem para a configuração de ambientes alimentares obesogênicos, extrapolando a esfera das escolhas individuais.

Tendo ciência dessa conjuntura marcada por interesses e disputas de poder, Henriques *et al.* descrevem o desafio de empreender esforços na construção de políticas públicas eficazes no combate integral à obesidade infantil<sup>17</sup>. Os autores ressaltam que medidas pontuais, desarticuladas de um projeto de segurança alimentar e nutricional e de regulação do sistema alimentar, tendem a produzir resultados limitados e pouco sustentáveis ao longo do tempo.

Tomados em conjunto, os artigos analisados permitem identificar convergências importantes e lacunas críticas na interface entre multicausalidade e políticas públicas. Há consenso quanto à centralidade da escola e da Atenção Primária à Saúde como espaços privilegiados para promoção de alimentação saudável, educação em saúde e acompanhamento do crescimento<sup>18, 19, 27, 30</sup>; entretanto, a maioria das intervenções descritas permanece circunscrita ao nível individual ou familiar, com baixa articulação com instrumentos regulatórios, como: restrição de ultraprocessados em cantinas, controle de publicidade dirigida ao público infantil, incentivos fiscais à produção agroecológica<sup>17, 28, 30</sup>.

Também se observa padrão de fragmentação: enquanto estudos como Henriques *et al.*<sup>17</sup> e Sato *et al.*<sup>30</sup> enfraquecem a ideia de que a obesidade infantil possa ser enfrentada por ações setoriais isoladas, grande parte da produção empírica ainda não incorpora explicitamente a noção de intersectorialidade e de sistema alimentar como eixo analítico<sup>17, 30</sup>. Poucos trabalhos exploram, por exemplo, como os condicionantes familiares e psicossociais descritos em Silveira *et al.*<sup>27</sup>, Verga *et al.*<sup>23</sup>, e Baggio *et al.*<sup>19</sup> são influenciados pelas condições de trabalho, renda, tempo disponível para preparar refeições, oferta de alimentos in natura nos territórios e pela regulação – ou ausência dela – dos ambientes escolares e midiáticos.

Essa dissociação entre multicausalidade e políticas públicas configura uma lacuna relevante identificada por esta revisão. Tal lacuna limita a capacidade da produção científica nacional de subsidiar estratégias intersectoriais mais robustas de formulação, implementação e monitoramento de políticas voltadas à prevenção e controle da obesidade infantil, sobretudo em populações em situação de maior vulnerabilidade social.

## 5 CONCLUSÃO

Os achados desta revisão indicam que, embora haja consenso quanto ao caráter multifatorial do problema, a produção científica brasileira ainda se concentra em recortes específicos, dinâmicas familiares, práticas alimentares, atividade física, atenção básica ou escolar, com limitada integração entre esses níveis de determinação e as políticas públicas existentes. Convergências importantes foram observadas quanto à influência de fatores socioeconômicos, da organização da atenção nutricional e dos ambientes escolares e midiáticos, ao passo que se identificaram lacunas na avaliação crítica da efetividade e da abrangência das políticas de segurança alimentar e nutricional, da regulação do sistema alimentar e da proteção contra interesses comerciais que favorecem ambientes obesogênicos. Portanto, trazer à tona a discussão de políticas públicas intersectoriais torna-se imprescindível.

Os artigos que discutem as políticas públicas para o controle do sobrepeso e obesidade ainda são poucos, o que constata a necessidade de trazer à tona esse tema para discussões mais ampla, a fim de que haja novas proposições mais contundentes de políticas públicas sociais e de saúde. Nesse sentido, um caminho a ser percorrido para a mudança do cenário da obesidade infantil é a conscientização da família e da criança, trazendo de forma contínua essa discussão na formação escolar e nos atendimentos nas unidades de saúde com uma abordagem interdisciplinar.

## 1. APROVAÇÃO ÉTICA E CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo não incluiu nenhuma informação do paciente. Portanto, a exigência de aprovação ética foi dispensada.

## 2. FINANCIAMENTO

Os autores declaram que este estudo foi financiado por meios próprios, não possuindo fomento de instituições de pesquisa ou empresas.

## 3. CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter conflitos de interesse financeiros, pessoais, profissionais ou outros que possam interferir na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2021 [citado 01 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Mannino A, Sarapis K, Moschonis G. The effect of maternal overweight and obesity pre-pregnancy and during childhood in the development of obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *Nutrients*. 2022;14(23):5125. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu14235125>
3. Ling J, Chen S, Zahry NR, Kao TSA. Economic burden of childhood overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2023;24:e13535. Available from: <https://doi.org/10.1111/obr.13535>
4. Anjos LA, Ferreira HS, Alves-Santos NH, Freitas MB, Boccolini CS, Lacerda EMA, et al. Methodological aspects of the anthropometric assessment in the brazilian national survey on child nutrition (ENANI-2019): a population-based household survey. *Cad Saude Publica*. 2021;37(8):e00293320.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade infantil afeta 3,1 milhões de crianças menores de 10 anos no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 05 jan. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/junho/obesidade-infantil-afeta-3-1-milhoes-de-criancas-menores-de-10-anos-no-brasil>
6. Crescente CL, Rizzardi KF, Indiani CMSP, Rodrigues LKA, Parisotto TM. Prevalência de obesidade infantil: há motivo de preocupação? *Saud Pesq*. 2021;14:(3):e8606.
7. Neves SC, Rodrigues LM, Bento PAS, Minayo MCS. Os fatores de risco envolvidos na obesidade no adolescente: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2021;26 (Supl 3): 4871-84.
8. Morales Camacho WJ, Molina Díaz JM, Plata Ortiz S, Plata Ortiz JE, Morales Camacho MA, Calderón BP. Childhood obesity: aetiology, comorbidities, and treatment. *Diabetes Metab Res Rev*. 2019;35(8):e3203. Available from: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3203>
9. Torres BLPM, Pinto SRR, Silva BLS, Santos MDCS, Moura ACC, Luz LCX. Reflexões sobre fatores determinantes dos hábitos alimentares na infância. *Braz J. of Develop*. 2020; 6(9):66267-77.

10. Faria EC. Interferência da família na obesidade infantil. *Rev Ibero-Am Humanid Cien Educ.* 2021;7(9): 276-94.
11. Araujo NR, Freitas FMNO, Lobo RH. Formation of eating habits in early childhood. *Res Soc Dev.* 2021; 10(15):e238101522901.
12. Larsen JK. The Importance of Parents for Childhood and Adolescent Obesity Prevention: Should We Pay More Attention to Automatic Processes and Parental Stress? *Nutrients.* 2021;13:3185. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu13093185>
13. Smith JD, Fu E, Kobayashi MA. Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. *Annu Rev Clin Psychol.* 2020;16:351-78.
14. Lima ATA, Lima CLS, Barboza AAA, Lima VS, Viana KKG, Lira SM. Influência da introdução alimentar precoce para o desenvolvimento da obesidade infantil: uma revisão de literatura. *Res Soc dev.* 2020;9(8): e56984925.
15. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(4): 625-33.
16. Lockwood C. Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis. In: Aromataris E and Munn Z, (eds.). Joanna Briggs Institute; 2022.
17. Henriques P, O'Dwyer G, Dias PC, Barbosa RMS, Burlandy L. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. *Cien Saude Colet.* 2018;23(12): 4143-52.
18. Souza LG, Santos ZEA, Beghetto MG, Mello ED. Impacto de uma estratégia de manejo do excesso de peso infanto-juvenil. *Sci Med.* 2019;29(3): e33486
19. Baggio MA, Alves KR, Cavalheiro RF, Matias L, Hirano AR, Machineski GG, et al. Childhood obesity in the perception of children, families and health and education professionals. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20190331.
20. Maia RTT, Melo MCB. A influência sócio-familiar no comportamento alimentar de pacientes obesos. *Saúde Colet (Barueri).* 2021;11(71):9320-33.
21. Werneck AO, Silva DRP, Collings P, Ohara D, Fernandes RA, et al. Association of parents' physical activity and weight status with obesity and metabolic risk of their offspring. *Cien Saude Colet.* 2022;27(2):783-92.
22. Chaves OC, Velasquez-Melendez G, Costa DAS, Andrade RG, Caiáffa WT. Coocorrência de fatores de risco obesogênicos em adolescentes brasileiros: o papel das características sociodemográficas e da presença parental. *Cad Saude Publica.* 2021;37(3):e00013120.
23. Verga SMP, Mazza VA, Teodoro FC, Girardon-Perlini NMO, Marcon SS, Rodrigues ETAF, et al. The family system seeking to transform its eating behavior in the face of childhood obesity. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(4):e20210616.
24. Camargo JMTB, Marín-León L. Factors associated with overweight among elementary schoolchildren in Campinas, São Paulo, Brazil. *Rev. Nutr.* 2016;29(3):401-13.
25. Vasconcelos LGL, Almeida NB, Santos MOA, Silveira JAC. Tendência temporal (2008-2018) da prevalência de excesso de peso em lactentes e pré-escolares brasileiros de baixa renda. *Cien Saude Colet.* 2022;27(1):363-75.
26. Silva GP, Almeida SS, Costa TMB. Influência familiar no estado nutricional e hábito alimentar de crianças de seis a nove anos. *Rev. Nutr.* 2021;34:e200165.
27. Silveira CLW, Henn RL, Gonçalves TR. Alimentação saudável na infância: representações sociais de famílias e crianças em idade escolar. *Aletheia.* 2019;52(2):80-96.
28. Martinelli SS, Cavalli SB. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. *Cien Saude Colet.* 2019;24(11):4251-61.
29. Rocha GG, Andrade-Silva A, Alves-Santos NH, Castro MBT. Associação entre o consumo alimentar materno na gravidez de acordo com o grau de processamento e peso ao nascer segundo a idade gestacional e sexo. *Rev Nutr.* 2022;35:e210197.

30. Sato Y, Mata MM, Medeiros MAT. Ações de alimentação e nutrição à população maternoinfantil na atenção primária à saúde: análise comparativa em municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. Rev Nutr. 2022;35:e210230.