

Ana Patrícia Pereira Morais
Maria Irismar de Almeida
José Maria Ximenes Guimarães
(Organizadores)



FLORESCER DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma permanente rede de cuidado



FORTALEZA - CEARÁ
2025

O florescer da estratégia saúde da família: uma permanente rede de cuidado. 2025 © Copyright by Ana Patrícia Pereira Morais, Maria Irismar de Almeida, José Maria Ximenes Guimarães. Impresso no Brasil/ Printed in Brasil. Efetuado depósito legal na Câmara Brasileira do Livro.



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia - Sobral - CE
CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613



Reitora

Izabelle Mont`Alverne Napoleão Albuquerque

Vice-Reitor

Francisco Carvalho de Arruda Coelho

Diretora das Edições UVA

Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)	Maria Amélia Carneiro Bezerra
Izabelle Mont`Alverne Napoleão Albuquerque	Maria José Araújo Souza
Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo	Maria Somália Sales Viana
Ana Iris Tomás Vasconcelos	Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Carlos Augusto Pereira dos Santos	Miguel Basto Pereira
Clarissa Sousa de Carvalho	Raquel Oliveira dos Santos Fontinele
Claudia Goulart de Abreu	Sara Sofia Fernandes de Lima
Eliany Nazaré Oliveira	Simone Ferreira Diniz
Elisa Larcercda-Vandenborn	Susana Pedras
Eneas Rei Leite	Renata Albuquerque Lima
Francisco Helder Almeida Rodrigues	Tito Barros Leal de Ponte Medeiros
Israel Rocha Brandão	Virginia Célia Cavalcanti de Holanda
Maria Adelane Monteiro da Silva	

Catálogo

Diagramação

Éder Oliveira França

Ficha catalográfica na fonte elaborada pela Bibliotecária Thelma
Marylandia Silva de Melo - CRB - 3/623

P773 O florescer da estratégia saúde da família: uma permanente rede de cuidado/Organizadores: Ana Patrícia Pereira Morais, Maria Irismar de Almeida, José Maria Ximenes Guimarães. - Sobral: Edições UVA, 2025.

330p.

ISBN nº 978-65-87115-81-8 (E-book)

Saúde da família. I. Morais, Ana Patrícia Pereira (Org.). II Almeida, Maria Irismar de (Org.). III. Guimarães, José Maria Ximenes (Org.).

CDD 362.14

Organizadores

Ana Patrícia Pereira Morais

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (FSP/USP), pós-doutora pela Fundação Oswaldo Cruz-Ceará na área de Saúde da Família, mestra em Saúde Pública (UECE). Docente, pesquisadora e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf.

Maria Irismar de Almeida

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Educação e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE) do Curso de Graduação em Medicina e Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf.

José Maria Ximenes Guimarães

Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará e pós-Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará . Docente permanente do Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf.

Agradecimentos

Manifestamos agradecimentos:

ao Ministério da Saúde;

à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP;

à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf;

à Editora da Universidade Vale do Acaraú - UVA;

aos autores dos capítulos deste livro, pelo empenho.

Os Organizadores

APRESENTAÇÃO

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf) foi criada em julho de 2009 com o propósito de aprimorar a formação em saúde, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e ao desenvolvimento profissional daqueles que trabalham na Saúde, especialmente, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de reforçar a relação das ações de formação com a gestão do trabalho em saúde e criar instâncias colegiadas para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. A maior finalidade da Renaf é desenvolver processos de educação permanente, a produção do conhecimento científico, tecnológico e de inovação na área de Saúde da Família, na região Nordeste do Brasil. Inicialmente, o processo de implantação contou com a participação de instituições dos estados do Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Piauí e Maranhão; e da Fundação Oswaldo Cruz. Salienta-se que a associação dessas instituições nordestinas, respeitadas e reconhecidas por suas ações e suas experiências acumuladas de cooperação e de intercâmbio, especialmente, em programas de pós-graduação em saúde coletiva, possibilitou o interesse na criação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), sendo o processo formal de submissão elaborado coletivamente e a Apresentação de Proposta de Curso Novo (APCN) aprovada, em novembro de 2010, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A opção pela modalidade de Mestrado Profissional (MP) reforçou o interesse na parceria entre a Renaf e os gestores municipais, além de ter fortalecido o compromisso de redes de saúde-escola. Assim, em 2012, foi publicada a chamada pública para a primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF). Nesta turma, ingressaram 100 profissionais de saúde para o período de formação 2012-2014, distribuídos em sete instituições. Destes, foram certificados 94 mestres em saúde da família. Em sequência ocorreram mais três ofertas bienais, totalizando 590 vagas ofertadas e a certificação de 566 mestres em Saúde da Família. Nesse momento, destacamos as nove instituições que já faziam parte do processo formativo, denominadas Nucleadoras, a saber: Fiocruz Ceará, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Vale do

Acaraú (UVA), Universidade Regional do Cariri (URCA), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Piauí (UFPI) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Desde a primeira turma, o curso assumiu sua responsabilidade acadêmica e social com os serviços de saúde. Traduzimos o potencial trabalhado e produzido durante a formação em distintas produções, sejam elas bibliográficas técnicas e acadêmicas. Parte deste compromisso se apresenta com a produção de livros de pesquisa original (oriundos dos Trabalhos de Conclusão de Mestrado – TCM), produções técnicas, e artigos científicos indexados.

A Universidade Estadual do Ceará constitui a Renasf desde sua concepção e se mantém atuante e parceira nas ações da Renasf e do programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Dentro do ciclo de quatro ofertas bienais do curso de mestrado do PPGSF, a UECE já ofertou 81 vagas e certificou 79 mestres. A produção aqui apresentada revela o potencial técnico, acadêmico e científico das pesquisas elaboradas pelos Mestres em Saúde da Família da UECE durante o processo formativo e dispara a devolutiva dos resultados às comunidades. A 4ª turma do MPSF (2020-2022) da Nucleadora UECE, constituída por 20 mestres em Saúde da Família, em convergência com os propósitos assumidos diante da formação adaptada e dos processos de aprendizagem vivenciados no território do trabalho advindos com o atravessamento da pandemia COVID-19, propôs para este livro apresentar parte da produção original de seus TCM como resposta e compromisso social, em especial com usuários e trabalhadores que fizeram parte das pesquisas realizadas. É notória na obra “Florescer na Estratégia Saúde da Família: a permanente rede de cuidado” a influência das primeiras repercussões da pandemia por COVID-19. A pandemia atravessou a pós-graduação no Brasil, produzindo perdas, mas também ganhos, mostrando explicitamente a força, a necessidade e a efetividade do conhecimento científico para a sociedade. Muitos estudos exploratórios e analíticos conduziram decisões políticas locais, regionais e nacionais sobre gestão e atenção do cuidado, bem como reorganização dos processos de trabalho, em especial no campo da saúde coletiva e na Atenção Primária à Saúde. A obra aqui apresentada por nós pretende oferecer perspectivas diversas de abordagens científicas para subsidiar a melhoria do atendimento às necessidades da população sob a res-

ponsabilidade de cuidado prestado pela Atenção Primária à Saúde. Para nós, docentes, o livro representa uma produção singular de pesquisas, intervenções e produções técnicas realizadas por aqueles que vivenciam e estabelecem o cotidiano da ESF, com suporte em saberes e práticas qualificadas e aprimoradas, resultantes de um trabalho coletivo de uma formação que visa ao fortalecimento contínuo da Atenção Básica à Saúde no Brasil e enfatiza o potencial e a subjetividade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Nucleadora Universidade Estadual do Ceará (PPGSF/Renasf-UECE).

Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

Coordenador Geral do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/Renasf).

PREFÁCIO

Vanira Matos Pessoa*

Cada página deste livro, caro leitor e estimada leitora, é um momento de alegrar-se, encantar-se, encorajar-se a folhear e ler ainda um pouco mais! Ler com a delicadeza, a curiosidade e a sede de conhecer e mudar a realidade de pacientes, usuários dos serviços públicos de saúde, educadores e educadoras, profissionais de saúde, gestores e gestoras da Saúde e da Educação.

A obra suscita-nos a repensar, despertar e celebrar! Expresso que é um livro-convite à demanda do novo, relembrando, reescrevendo, refletindo o que vivenciamos na pandemia de covid-19 no Mundo, no Brasil, no Ceará e em todas as unidades de saúde.

Os autores e autoras traduzem numa produção textual, ao mesmo tempo singular e plural, as invenções, as intervenções e os aprendizados experimentados no exercício da prática de ser trabalhador e trabalhadora da saúde, ante a maior emergência sanitária vivida, com sua marca catastrófica de mais de 700 mil mortos no Brasil.

Como nos ensina Belchior, “amar e mudar as coisas me interessa mais”. Este volume faz brotar esse sentimento! Constitui o papel significativo que a Universidade Estadual do Ceará desempenha na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao formar, no âmbito da Pós-graduação em Saúde da Família, trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família (ESF), exprimindo uma rica sistematização de produção de conhecimentos técnico-científicos.

As páginas bem refletidas, escritas por docentes da Universidade Estadual do Ceará e profissionais de saúde, trabalhadores e operadoras dos mais variados pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, mais especialmente, de um ponto chamado Unidade Básica, nos encantam, ao aportar à magnitude, complexidade, profundidade e diversidade de temas, metodologias, sujeitos das pesquisas, problemas investigados, soluções criadas e aspectos ainda em aberto e inacabados.

Este produto acadêmico conduz as gentes, que necessitam das políticas públicas, especialmente, da política de saúde, do SUS! Cuida-se de um bem oriundo do esforço de uma Instituição Pública Estadual do Ceará, e de trabalhadores e trabalhadoras da ESF do Ceará, após 30 anos da criação da ESF neste mesmo Estado, transportando esperança e ânimo para seguir na luta por Saúde e Democracia no Ceará e no Brasil.

A peleja pelo direito à saúde no País, constitui, de há muito, um conjunto corajoso de procedimentos nos quais se inseram incontáveis desafios e avanços, haja vista os enormes problemas e situações complexas, que envolvem um mundo globalizado e uma sociedade assinalada por penetrantes desigualdades étnico-raciais, sociais, ambientais, políticas, econômicas e culturais. Em adição, no Brasil, vivenciamos uma diversidade geográfica e populacional, historicamente negligenciada nas respostas das políticas públicas, como a população negra, os povos indígenas e as comunidades nordestinas, dentre outros, resultando em diversas iniquidades em saúde em curso nos territórios e moradias.

Nesta conjunção de mudanças, a transição demográfica, a passagem epidemiológica, a revolução tecnológica e do universo laboral foram profundamente impactadas pela covid-19, bem como sobram como influenciadoras do trabalho do sistema de saúde.

O bem editorial agora a lume conduz um contributo significativo para a saúde da população brasileira, com muito trabalho da enfermagem, da medicina, da odontologia, e outras categorias da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), que pensam, repensam e recriam perspectivas para categorias centrais dos cuidados em saúde - o acesso à saúde, o decurso de trabalho, a avaliação em saúde, o uso das tecnologias leves, duras e leve e duras, a vigilância em saúde, a educação *na* saúde, a educação *em* saúde, dentre outras.

O exemplar agora sob edição está em diálogo com o cotidiano dos serviços de saúde, numa (re) elaboração do vivido nas relações de trabalho e de cuidado de crianças, adolescentes, mulheres e de pessoas idosas, por vezes focando a dimensão clínica-assistencial, e, noutras ocasiões, aquelas da saúde coletiva, nos territórios, nas famílias, comunidades e nas unidades

de saúde. Deixa-nos reflexivos sobre distintas perspectivas, como os limites e desafios políticos que tivemos num passado recente, que vivem hoje, e acerca de como superar tais obstáculos no futuro para a garantia do direito à saúde universal, equitativo, integral e com participação popular.

Sou sanitarista, atuando desde 1999, na Enfermagem em Saúde da Família, seja na prática na atenção à saúde, na docência, na formação de profissionais, bem assim na pesquisa dessa matéria. Em tal âmbito, examino, também, a APS, o ambiente e o trabalho, com enfoque para as populações em situações de vulnerabilização, crendo que é possível, no tempo histórico que vivemos, suavizar, com o adjutório da ciência, os sofrimentos humanos.

Consabido é o fato de que os encontros humanos - das pessoas que estão nas UBS lotadas, à procura de satisfazer suas necessidades em termos de acesso ao serviço de saúde, com profissionais de saúde, que estão atendendo, muitas vezes com péssimas condições de trabalho - são permeados de dores, incertezas, angústias e, em alguma medida, alegrias e satisfações! Recorro ao poeta Guimarães Rosa, ao ensinar que

Quando escrevo, repito o que já vivi antes.

E para estas duas vidas, um léxico só não é suficiente.

Em outras palavras, gostaria de ser um crocodilo vivendo no rio São Francisco.

Gostaria de ser um crocodilo porque amo os grandes rios, pois são profundos como a alma de um homem. Na superfície são muito vivazes e claros, mas nas profundezas são tranquilos e escuros como o sofrimento dos homens.

Na minha reflexividade, penso que identificar as contradições e os paradoxos é um ponto de partida e de chegada, como polos opostos que integram o mesmo rio: a superfície e as profundezas, ambas essenciais no processo que dita à produção de um novo saber, de um saber emancipatório, de uma ciência com consciência, como assinala Edgar Morin.

O novo de Guimarães Rosa é, pois, repetir o que já vivi, e reproduzi-lo porque o presenciei, pois o (re)conheço, pelo fato de querer modificá-lo, porquanto acredito que novas práticas são necessárias no sistema de saúde brasileiro.

Que estas novas práticas articulem um conjunto de sujeitos individuais e coletivos em prol da saúde coletiva, do SUS, do enfrentamento das iniquidades em saúde, da permanente luta por democracia e da peleja pela vida.

Neste parágrafo, recorri a minha tese de doutorado, intitulada **Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família**, defendida em 2015, para finalizar este prefácio enfatizando que este livro integra múltiplas dimensões da *práxis* experienciada no encontro coletivo, que se dá entre a Universidade e o Serviço de Saúde, fortalecendo, não somente cada pessoa, mas, também, a ESF, o SUS e a Universidade.

Demos vivas a estes encontros de conhecimentos, saberes e sabedorias!

***Vanira Matos Pessoa** é Enfermeira sanitaria, doutora em Saúde Coletiva, pesquisadora e professora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Ceará). Coordenadora de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde e do SERPOVOS. Docente permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde da Família da RENASF e do PROFSAÚDE

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - Reflexões sobre Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia de Covid-19	24
<i>Rosana Liberato Lopes</i>	
<i>Patrícia Freire de Vasconcelos</i>	
<i>Andressa Suelly Saturnino de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 2 - Os Desafios da Teleconsulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família durante a Pandemia de Covid-19.....	43
<i>Anne Evelyn Gomes Serra</i>	
<i>Ana Cláudia de Souza Leite</i>	
<i>Fernanda Rochelly do Nascimento Mota</i>	
<i>Michell Ângelo Marques Araújo</i>	
CAPÍTULO 3 - Avaliação das Práticas de Saúde de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família durante isolamento social rígido na Pandemia de Covid-19.....	67
<i>Francisca Karusa Carvalho Barbosa</i>	
<i>Carlos Garcia Filho</i>	
<i>Luíza Jane Eyre de Souza Vieira</i>	
<i>José Maria Ximenes Guimarães</i>	
CAPÍTULO 4 - O Trabalho Odontológico das Unidades Básicas de Saúde no contexto da Covid-19.....	97
<i>Ester Mary Maia Silva</i>	
<i>Liza Barreto Vieira</i>	
CAPÍTULO 5 - Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática sobre Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família: desenvolvimento e validação.....	118
<i>Aurileide de Sousa Tavares</i>	
<i>Ana Célia Caetano de Sousa</i>	
<i>José Wicto Pereira Borges</i>	

CAPÍTULO 6 - Estratégias de Educação Sexual para Adolescentes na América Latina: protocolo de revisão de escopo.....	145
<i>Fernanda Rafaella Barbosa dos Santos</i>	
<i>Paulo César de Almeida</i>	
<i>Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos</i>	
<i>Renata Cláudia Ferreira Henrique</i>	
CAPÍTULO 7 - Efeito de Intervenção Educativa para Gestantes sobre Prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis	162
<i>Agna Hanna Alencar Cardoso</i>	
<i>Paulo César de Almeida</i>	
<i>Shérida Karanini Paz de Oliveira</i>	
<i>Andrea Gomes Linard</i>	
CAPÍTULO 8 - O Envelhecimento da Mulher: distintas perspectivas	179
<i>Ana Patrícia Pereira de Moraes</i>	
<i>Maria Irismar de Almeida</i>	
<i>José Augusto de Souza Filho</i>	
CAPÍTULO 9 - Demanda Reprimida: limites e desafios políticos na organização das equipes multiprofissionais na atenção básica à saúde dos municípios cearenses	202
<i>Mirnis Aparecida Vieira de Macedo</i>	
<i>Ana Patrícia Pereira Moraes</i>	
<i>José Maria Guimarães Ximenes</i>	
<i>Antônio Germane Alves Pinto</i>	
CAPÍTULO 10 - Construção e Validação de Algoritmo Clínico-Assistencial para Prevenção de Suicídio em Adolescentes por Profissionais da Atenção Primária de Saúde	230
<i>Amanda Roberta Fonsêca do Nascimento</i>	
<i>Ana Patrícia Pereira Moraes</i>	
<i>Alessandra Silva Xavier</i>	
<i>Paulo César de Almeida</i>	

CAPÍTULO 11 - A Vacinação Infantil e seus determinantes: revisão integrativa	256
---	------------

Paulo Henrique de Araújo Lima Filho

Alice Maria Correia Pequeno

José Maria Ximenes Guimarães

CAPÍTULO 12 - Terapia Comunitária Integrativa: caminho para produção de alívio, apoio e fortalecimento da saúde	284
--	------------

Geovana Maria Santana Malheiro

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Josete Malheiro Tavares

Ana Carla Rocha Barreto

CAPÍTULO 13 - Possibilidades e desafios para a práxis do acolhimento na Atenção Básica em Saúde: percepção de gestores e trabalhadores da saúde	312
--	------------

Jardênia Pinheiro da Silva Nobre

Alice Maria Correia Pequeno

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Maria Rocineide Ferreira da Silva

SOBRE OS AUTORES

Agna Hanna Alencar Cardoso

Enfermeira. Graduada – com bacharelado e licenciatura plena em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Mestra em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará da Rede Nordeste em Saúde da Família/Renasf/UECE.

Alice Maria Correia Pequeno

Graduada em Geologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestra em Geologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Estágio Pós-Doutoral em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará, e do Mestrado e Doutorado Profissional em Saúde da Família - Nucleadora UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Grande Fortaleza – UNIGRANDE.

Amanda Roberta Fonsêca do Nascimento

Médica pela Universidade de Pernambuco - UPE. Mestra e doutoranda em Saúde da Família - Nucleadora UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf. Professora Visitante na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Servidora Pública pela Secretaria Municipal de Saúde - Caucaia-CE.

Ana Carla Rocha Barreto

Cirurgiã-dentista pela Universidade de Mogi das Cruzes - UMC, São Paulo. Cirurgiã-dentista-PSF da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Mestra profissional em Clínica Odontológica.

Ana Célia Caetano de Souza

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre e doutora em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Enfermeira do Hospital da Mulher de Fortaleza-Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF).

Ana Cláudia de Souza Leite

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Pós-Doutora pela Escola Superior de Enfermagem do Porto-ESEP/UNIESEP, CINTESIS-UPORTO, PT. PhD Université Laval (Québec, Qc, Canadá). Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará da Rede Nordeste em Saúde da Família/Renasf/UECE.

Ana Patrícia Pereira Moraes

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - FSP/USP, Pós-Doutora pela Fundação Oswaldo Cruz-Ceará na área de Saúde da Família, mestra em Saúde Pública (UECE). Docente, pesquisadora e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará da Rede Nordeste em Saúde da Família/Renasf/UECE.

Andrea Gomes Linard

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do curso de Enfermagem. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família Nuclear/UFC da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem e Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira UNILAB-Ceará

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestra em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB-Ceará).

Anne Evelyn Gomes Serra

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Trici/Tauá. Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Enfermeira da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH UFGD.

Antônio Germane Alves Pinto

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde, doutor em Saúde Coletiva e Pós-Doutor em Educação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade Regional do Cariri – URCA – Ceará, no Curso de Graduação em Enfermagem, em Crato/CE. Mestre Acadêmico em Enfermagem da URCA, mestre profissional em Ensino na Saúde (CMEPES) da UECE, Mestre profissional em Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf.

Aurileide de Sousa Tavares

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestra em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora – UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf. Servidora pública da Secretaria de Saúde do Município de Trairi – CE.

Carlos Garcia Filho

Médico pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Saúde Pública e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf.

Ester Mary Maia Silva

Enfermeira pela Faculdade Católica Rainha do Sertão - UNICATÓLICA - Quixadá/CE. Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Graduada em Direito pela Universidade 7 de Setembro. Mestra em Saúde da Família pelo programa de Pós-graduação em Saúde da Família- Renasf-UECE. Servidora pública da Secretaria de Saúde do Município de Horizonte-CE.

Fernanda Rafaella Barbosa dos Santos

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família Renasf - Nucleadora UECE. Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte-CE.

Francisca Karusa Carvalho Barbosa

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestra em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf. Servidora da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE.

Geovana Maria Santana Malheiro

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestra em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf. Servidora da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE.

Jardênia Pinheiro da Silva Nobre

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Católica de Quixadá-CE. Mestra em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Renasf. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Coordenadora do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Fisioterapeuta da Atenção Básica do município de Ibicuitinga-CE.

José Augusto de Souza Filho

Enfermeiro pela Faculdade Católica Rainha do Sertão - UNICATÓLICA - Quixadá/CE. Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF - Nucleadora UECE. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Quixeramobim - CE.

José Maria Ximenes Guimarães

Enfermeiro pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Mestre em Saúde Pública, Doutor em Saúde Coletiva e Pós-Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf. Servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.

Josete Malheiro Tavares

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Biotecnologia e Saúde Digital/FIOCRUZ/BA/IGM. Secretário Municipal de Saúde de Eusébio-CE. Docente dos Cursos de Graduação em Nutrição e Enfermagem da Faculdade Unichristus.

José Wicto Pereira Borges

Enfermeiro pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF. Mestre e doutor em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* da Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Liza Barreto Vieira

Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Mestre em Saúde Coletiva/Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz/RJ. Docente do Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Enfermeira pela Universidade Católica do Salvador - UCSAL. Graduada em Administração de Empresas pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC e Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Servidora da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE. Docente do Curso de Enfermagem na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Pós-Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Educação - PPGC da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Docente do Doutorado e Mestrado Profissional Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf/FIOCRUZ-CE.

Maria Irismar de Almeida

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Educação e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do Curso de Graduação em Medicina e do Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente do Curso de Enfermagem da UECE e da Pós-Graduação nos programas de Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf. Cedida pela UECE ao Ministério da Saúde para atuar como Coordenadora da Articulação Interfederativa e Participativa no Departamento da Gestão Interfederativa e Participativa.

Michell Ângelo Marques Araújo

Enfermeiro pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Estágio de Doutorado na Universidade Católica Portuguesa- Porto, Portugal. Licenciado em Filosofia pela Universidade Católica Dom Bosco. Docente da Universidade Federal do Ceará, da graduação em Enfermagem e do Mestrado e Doutorado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UFC da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf.

Mirnis Aparecida Vieira de Macedo

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf. Fisioterapeuta do Hospital Distrital Gonzaguinha, de Messejana, e do Hospital Infantil de Fortaleza.

Patrícia Freire de Vasconcelos

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Mestre em Farmacologia pela Faculdade de Medicina (UFC). Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Docente do Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf.

Paulo César de Almeida

Estatístico pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestre em Bioestatística – Faculdade de Medicina Ribeirão Preto - USP. Doutor em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da USP. Pós-Doutor - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente das Graduações de Nutrição e Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do

Ceará - UECE.

Paulo Henrique de Araújo Lima Filho

Cirurgião-dentista pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf. Atua na atenção básica da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-CE.

Renata Cláudia Ferreira Henrique

Engenheira de pesca pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Professora da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE.

Rosana Liberato Lopes

Enfermeira e bacharela em Direito pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA-CE. Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf. Enfermeira de Saúde da Família no Município de Massapê-CE.

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora-UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Sherida Karanini Paz de Oliveira

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do Curso de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e do Mestrado Profissional Saúde da Família Nucleadora – UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Renasf da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

CAPÍTULO 1

REFLEXÕES SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Rosana Liberato Lopes

Patrícia Freire de Vasconcelos

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Introdução

Segurança do paciente consiste na redução do risco e danos desnecessários, associados à assistência em saúde, até um mínimo aceitável. Refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada (Mesquita *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2019; Aguiar *et al.*, 2020).

Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é a prevenção de erros e eventos adversos (EA) aos pacientes associados à assistência em saúde e é clara prioridade para a maioria dos sistemas de saúde (Rodrigues, 2017).

A definição de dano é compreendida como a ocorrência de um agravo quando há o envolvimento de uma estrutura ou de seu desempenho no organismo, procedente de alguma ação efetivada no cuidado, abrangendo desde patologias até extinção da vida, passível de ser físico, psíquico ou social (Silva *et al.*, 2019). Relatos de Castilho *et al.* (2020) exprimem EA como um incidente que resultou em dano ao paciente. Esses são, provavelmente, uma das dez principais causas de dano e morte.

Esses riscos foram, certamente, potencializados com a eclosão da pandemia da covid-19 que demandou das organizações de saúde e de seus profissionais agilidade para mudanças nos processos de trabalho; e a repercussão imediata foi a desorganização das práticas assistenciais e de novos perigos à segurança do paciente. A pandemia da covid-19 também, entre muitas consequências, impactou na produção científica no mundo nos mais variados formatos e, na temática da segurança do paciente, ainda que acom-

panhada de dúvidas, incertezas, lacunas e avanços de conhecimentos científicos (Caldas *et al.*, 2020).

A segurança do paciente, num contexto de cultura, se define como o somatório de valores, experiências, normas, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo. A cultura de segurança relaciona-se com o valor que uma organização atribui à segurança e à saúde de sua força de trabalho, permeadas por políticas, práticas e procedimentos, comprometidos com a responsabilização dos recursos necessários para a redução do risco de incidentes e para a aprendizagem de todos os envolvidos com o cometimento de possíveis falhas (Souza *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2020).

Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas pela boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e a eficácia das ações preventivas. Usuários, administradores e profissionais que implementam o cuidado estão cada vez mais preocupados com a qualidade dos serviços de saúde, pois reconhecem que a cultura de segurança é fator importante, que orienta os processos de trabalho (Carvalho *et al.*, 2019).

Durante a pandemia, um conjunto de estudos e recomendações sobre riscos relacionados aos ambientes dos serviços de saúde foi implementado para mitigar incidentes: a organização do espaço físico nos serviços de saúde, distância física, etiqueta da tosse, uso de máscara, limite de pessoas em elevadores e áreas comuns, monitoramento de entradas/saídas, espaços exclusivos para pacientes com covid-19, ventilação adequada com filtragem por filtros HEPA – filtro de ar particulado de alta eficiência – ou boa ventilação e visitas limitadas foram também objeto de estudos e reflexões (Souto *et al.*, 2020).

Em epidemias e pandemias, como primeira linha de defesa, o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema de saúde é mais importante do que nunca, diante do fracasso de experiências internacionais na tentativa de enfrentamento da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar. Apesar da sua importância, no Brasil, verificou-se no início da pandemia que o cuidado à pessoa acometida com covid 19 ficou bastante centrado nos hospitais, reforçando o modelo hospitalocêntrico. Apenas posteriormente a

APS foi incluída nesse processo e se observou a necessidade de uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar, forte e integral, em toda a sua potencialidade (Medina *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, aponta-se a relevância deste ensaio teórico, pela compreensão de que a primeira iniciativa para realizar planejamento das ações no enfrentamento de problemas de saúde emergentes, como a covid-19, que visam ao cuidado seguro, é a avaliação de alguns componentes mensuráveis da cultura, dentre eles o comportamento dos gestores, os sistemas de segurança e os fatores que interferem na atuação dos profissionais.

Dessa maneira, a avaliação da cultura de segurança do paciente possibilita a identificação de potencialidades e fragilidades da assistência, e dá a oportunidade de realizar intervenções futuras. Isso implica em conhecer a realidade de cada local, pois varia conforme a percepção, pensamentos, sentimentos e ações do grupo de colaboradores e gestores (Kolankiewicz *et al.*, 2017). Compreender a realidade de uma instituição de saúde com base na avaliação da cultura de segurança é o ponto de partida para se traçar ações em prol de mudanças para redução da incidência de danos e garantia de cuidados de saúde seguros (Timm; Rodrigues, 2016; Souza, 2017).

Este estudo tem como contexto a Atenção Primária à Saúde (APS) e sua realidade durante a pandemia de covid-19. A segurança do paciente, na APS, não foi explorada da mesma maneira que nos ambientes hospitalares, no entanto, mais recentemente, surgiram mais pesquisas nesse nível de atenção (Lawati *et al.*, 2018) e atualmente, há interesse crescente na segurança do paciente na APS, já que muitos pacientes recebem cuidados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), particularmente em países onde esse nível de atenção à saúde está fortalecido (Smits *et al.*, 2018).

Justifica-se a elaboração deste ensaio para compreensão da cultura de segurança do paciente na APS, principalmente, durante a pandemia de covid-19, visto que a APS é compreendida como a coordenadora do cuidado e preferencial porta de entrada do usuário nos distintos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tornando-se relevante pesquisar sobre a segurança do paciente (Silva *et al.*, 2019). No Brasil, a APS é um modelo adequado para apoiar a população no enfrentamento das medidas

de mitigação e contenção da covid-19, é onde ocorre a maioria dos cuidados de saúde e devem ser estabelecidas relações profissionais e pacientes confiáveis e de longo prazo (Furlanetto *et al.*, 2022).

Carece de evidências a concepção arraigada de que a assistência na APS é relativamente segura, por possuir baixa densidade tecnológica, especialmente quando se leva em consideração que cuidados longitudinais oferecidos ocorrem em lapso significativamente maior quando comparados a cuidados hospitalares, normalmente pontuais. Portanto, há maior probabilidade de que o usuário experimente um incidente na APS, pelo simples motivo de que a maior parte do cuidado está concentrada nesse contexto (Aguiar *et al.*, 2020).

Nesse sentido, Campbell *et al.* (2020) informam que a maioria das interações de saúde ocorre na prática familiar. Por exemplo, 340 milhões de consultas são feitas, anualmente, na Inglaterra, exemplificando claramente que a prática familiar é considerada, erroneamente, como um risco inerentemente baixo, pois, nesse ambiente, erros graves levam à morbidade e à mortalidade. Por esse motivo, é importante compreender a epidemiologia na APS e investigar a segurança do paciente nesse nível de atenção à saúde.

Com a intenção de contribuir com as discussões sobre a segurança do paciente e sua repercussão na qualidade do cuidado oferecido na APS, sem pretensão de esgotar as abordagens sobre esse objeto, o ensaio teórico ora sob relato tem como objetivo aprofundar discussões sobre os aspectos relevantes da cultura de segurança do paciente nesse nível de atenção à saúde durante a pandemia de covid-19.

É cediço a ideia de que um ensaio teórico intenta a compreensão do objeto em estudo e de como sua realidade é questionada, articulando os conceitos descritos mediante perguntas relevantes, referentes ao assunto abordado (Meneghetti, 2011). Assim, as perguntas fundamentais que orientam este ensaio são: Quais fatores interferem na segurança do paciente no âmbito da APS? Qual é a relevância da cultura de segurança do paciente na APS? Quais fatores influenciaram na segurança do paciente durante a pandemia de covid-19?

Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde é a estratégia adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, mitigar os custos elevados e potencializar as expectativas de qualidade (Lapao *et al.*, 2017) e difere dos hospitais em termos de estrutura organizacional, processos administrativos e clínicos e razões dos atendimentos. Portanto, também as dimensões da cultura de segurança do paciente podem divergir quando comparadas aos cuidados de saúde secundários ou terciários (Klemenc-Ketis *et al.*, 2017).

Nesse contexto a APS contribui fundamentalmente para a segurança do paciente, quando aprimora os cuidados em ações que são desenvolvidas nas UBS, extensíveis para outros locais, como o domicílio e outros níveis de atendimento em saúde, como a atenção secundária, uma vez que a APS é coordenadora e ordenadora do cuidado na RAS (Lima *et al.*, 2022).

Demais disso, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que versa sobre a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incluiu como uma das atribuições comuns aos membros das equipes de atenção básica o estabelecimento de ações para a segurança do paciente com a proposição de medidas para redução dos riscos e diminuição dos eventos adversos (Brasil, 2017).

Estudos sobre a temática apontam para prevalência maior de erros associados a processos de diagnóstico na APS. Digno de nota é o fato de que os erros diagnósticos no cuidado primário parecem estar associados a doenças comuns ou potencialmente fatais, como pneumonia, celulite infecciosa, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal aguda e câncer primário (Aguiar *et al.*, 2020).

Corroborando essa circunstância, Madden *et al.* (2019) afirmam que os fatores referentes ao paciente e às atividades dos profissionais de saúde contribuíram para uma complexidade crescente da prática clínica, combinada com o grande volume de contato com o paciente, aumentando, assim, o potencial para incidentes de segurança do paciente na APS.

Uma revisão sistemática relatou que os fatores contribuintes de in-

cidentes na APS foram falhas na comunicação interprofissional, com o paciente e na gestão; profissionais pressionados para serem produtivos em menos tempo; falhas em prontuários; enganos na recepção dos pacientes; planta física da unidade de saúde inadequada; descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde; tarefas excessivas e falhas no cuidado. Outro estudo objetivou descrever a natureza dos eventos adversos da APS na Espanha, em 48 centros de saúde, e mostrou que os fatores causais mais comuns de EA relatados pelos profissionais foram relacionados a medicação, má comunicação e modo de atendimento. No Brasil, um estudo avaliou a ocorrência de incidentes na APS e identificou os erros administrativos como os mais frequentes (Santos *et al.*, 2019).

A APS é responsável pela resolução de até 80% dos problemas de saúde da população, onde há uma diversidade de situações de saúde a serem solucionadas nesse nível de atenção, que exigem do profissional habilidade, conhecimento técnico e atitudes de empatia, as quais envolvem escuta qualificada e personalização do atendimento; no entanto, a atuação do profissional na assistência a essas situações de saúde é passível de falhas, sejam elas técnicas ou provenientes da ausência de atitudes de empatia. Entende-se que são reais a ocorrência e a gravidade de erros na APS, os quais, em sua maioria, são falhas que se encontram sob a governabilidade dos profissionais desse nível de atenção, para serem identificadas e evitadas (Macedo *et al.*, 2020).

Timm e Rodrigues (2016) salientam aspectos importantes para o fortalecimento da segurança do paciente no plano organizacional da APS, incluindo o trabalho em equipe e o papel dos gestores no desempenho da equipe, que necessita de incentivo e de capacitação profissional. Para tal, são imprescindíveis alguns procedimentos, tais como: prevenção, notificação e manejo efetivos dos riscos à segurança do paciente durante a realização e a avaliação da assistência prestada, o planejamento das instalações, a elaboração dos procedimentos operacionais, a escolha dos equipamentos, bem como todas as outras decisões que definem a estrutura do sistema.

Frequentemente, os profissionais da APS lidam com situações complexas, sejam elas relacionadas às condições clínicas dos pacientes, à gestão

de recursos humanos ou tecnológicos; fatores estressores, os quais também influenciam na segurança da assistência à saúde. Assim, é imprescindível reconhecer processos e falhas, estabelecendo medidas para prevenir a ocorrência de erros e melhorar a comunicação com os envolvidos em todos os processos assistenciais (Souza *et al.*, 2019).

Ressalta-se que a cultura de segurança do paciente na APS é intensivamente influenciada pela qualidade do vínculo entre os profissionais da equipe de saúde, passível de fortalecimento em reuniões de equipe com a participação de todos os membros, ensejando um aprendizado coletivo para se pensar em estratégias e atividades de prevenção de erros (Mesquita *et al.*, 2016; Souza, 2017).

Realidade da APS na pandemia de covid-19

Na situação da APS durante a pandemia de covid-19, fica evidente o desafio que a APS enfrentou, esbarrando em medidas políticas com outros setores, destacando-se o tópico de vulnerabilidade social, reflexo de iniquidades de moradia, renda e educação, que refletem nas condições de saúde e medidas para sua promoção. O sistema de saúde brasileiro necessitou responder pela “tripla carga de doenças”, caracterizada por: doenças infecciosas e parasitárias (dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose, COVID-19); aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco; crescimento da violência e morbimortalidade por causas externas. Esta peculiaridade instigou a adoção de variados modelos de cuidado (Fernandes *et al.*, 2020).

No período da pandemia, contudo, houve uma ruptura na longitudinalidade do cuidado, pois o atendimento na UBS era centrado nas ações de covid (Fournier *et al.*, 2021; Frota *et al.*; Mendes, 2022). A limitação da coordenação e da continuidade do cuidado levam à internação do paciente e à fragmentação do cuidado, refletindo nas questões referentes à segurança do paciente (Kalánková *et al.*, 2022).

A pandemia da covid-19 representa um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, com demandas sem precedentes em to-

dos os níveis de atenção à saúde. Na atenção primária, além do cuidado das pessoas com sintomas gripais, a descontinuidade do acompanhamento de pacientes com doenças crônicas é causa de grande preocupação (Cimini, 2022). Observou-se, ainda, restrição de acesso dos usuários aos serviços de saúde, mais destacada pelas profissionais que atuam na AB, em razão do adiamento de procedimentos e consultas eletivas e do cancelamento de atividades coletivas e no território (Fernandez *et al.*, 2021).

Segundo estudo realizado na APS da França, a pandemia aumentou os riscos de danos significativos aos pacientes associados à assistência médica e à interrupção da prestação de serviços. De 132 incidentes, 58 (44%) relacionados ao atraso no diagnóstico, avaliação e encaminhamentos; cancelamentos de consultas, internações ou procedimentos foram relatados em 22 (17%) desses incidentes. Os incidentes relacionados ao confinamento domiciliar representaram 13 (10%) notificações e a suspensão de medicamentos inapropriados por cinco (4%). Os pacientes demoraram a comparecer ou não consultaram seu clínico geral ou outros profissionais de saúde pelo medo de contrair infecção por covid-19 na visita domiciliar em 26 (10%) incidentes ou medo de sobrecarregar seus médicos de família em oito (3%) incidentes (Fournier, 2021).

Processos de trabalho na pandemia impactaram alguns programas específicos da APS, pois houve paralisação e ou descontinuidade de alguns serviços e atendimentos: consultas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensos, diabéticos, portadores de câncer, idosos, entre outros), vacinação, prevenção do câncer ginecológico (exame de Papanicolaou) e puericultura (Mendes, 2021). O autor acrescenta que as pessoas com as condições de saúde mais vulneráveis tiveram medo de contaminação e por isso não foram e possivelmente não continuarão indo às UBS até que sejam convencidas de que o ambiente na APS é seguro.

Esse fato é confirmado por estudo recente de Rocha e Neves (2022) que confirmaram a redução da procura por vacinas, inclusive nos imunizantes preconizados durante a infância, demonstrando a queda na taxa vacinal no Brasil nos últimos dez anos. No que concerne à vacinação contra a poliomielite, esta caiu de 96,55% no ano de 2012 para 69,92% em 2021 e, desde

2015, observou-se uma queda praticamente constante, com valores abaixo do esperado. Já em relação à 1ª dose da tríplice viral, desde 2017, a taxa caiu para 86,24% e manteve-se abaixo do esperado até o ano de 2021, com menor taxa de cobertura vacinal atingida no período de 73,94%. Concomitante com a diminuição da cobertura vacinal, ocorreram o aumento do número de casos de sarampo e o risco de recrudescimento da poliomielite.

Na realidade pós pandêmica, houve recrudescimento de doenças, o que Mendes (2021) denominou de sindemia: envolve interações de doenças com as condições de saúde como situações agudas transmissíveis (covid-19 e outras), condições agudas não transmissíveis e crônicas (maternas e perinatais e fragilidade das pessoas idosas) que são mais prováveis de ocorrer em ambientes de iniquidade em saúde determinada por pobreza, estresse, violência estrutural e estigmatização.

As crises oferecem uma oportunidade ideal para experimentar a aprendizagem profunda e a mudança dentro de qualquer sistema, incluindo saúde e assistência social; a situação atual resultante da pandemia não é exceção. Na atenção básica, ocorreram mudanças significativas nas práticas de trabalho com suporte nas quais é possível que não haja caminho de volta (Gray; Sanders, 2020). Um exemplo na resposta da APS à covid-19 foi o suporte tecnológico e as abordagens remotas, componentes essenciais dos serviços de saúde prestados durante a pandemia em todo o mundo (Furlanetto *et al.*, 2022).

Esses fatos foram observados na pandemia, por exemplo, na inclusão de inovações digitais nos processos de trabalho da APS, os quais não existiam antes da pandemia. Trindade e Lage (2019) confirmam que, nas últimas décadas, a APS tem se tornado mais complexa e a concepção de que ela não é sinônimo de baixa densidade tecnológica vem se fortalecendo, pois com o aumento da complexidade tecnológica do cuidado à saúde, foram ampliadas as funções clínicas da APS. Um exemplo foi o atendimento ao paciente realizado durante a pandemia por meio do monitoramento digital via telefone ou *WhatsApp*.

Fernandez *et al.* (2021) realizaram um estudo com trabalhadores da APS, os quais em sua maioria acreditavam que a pandemia alterou seus pro-

cessos de trabalho e perceberam transformações nas práticas. Destacou-se o distanciamento físico como causa das mudanças implementadas, principalmente nos fluxos de acolhimento e protocolos de atendimento, além da maior vigilância quanto às medidas de prevenção e contágio.

As medidas de segurança e a implementação do isolamento social causaram mudanças dramáticas no estilo de vida das pessoas e várias consequências econômicas (Boschiero *et al.*, 2021). A pandemia propiciou às equipes de saúde que criassem e implementassem rapidamente novos caminhos e fluxos de trabalho que protegem o pessoal enquanto mantêm a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. Operacionalizar com eficácia dentro de um sistema de saúde, dado o grande número de processos e pessoal afetados representa um desafio (Diaz; Dawson; Sobolewski, 2020).

Evidências científicas em artigos internacionais identificaram os principais problemas que estão afetando os profissionais de saúde envolvidos diretamente no enfrentamento da pandemia. São: o risco de contaminação que produz afastamento do trabalho, doença e morte, além de intenso sofrimento psíquico, que se expressa em transtorno de ansiedade generalizada, distúrbios do sono, medo de adoecer e de contaminar colegas e familiares. Na realidade brasileira, esses problemas crônicos decorrem: do subfinanciamento do SUS, do congelamento dos gastos no setor, da deterioração dos serviços e da precarização da força de trabalho (Teixeira *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, é possível que os profissionais da saúde estejam trabalhando longas jornadas, com cargas de trabalho mais pesadas e tempo insuficiente para descanso e recuperação. Essas demandas causam fadiga crônica e falta de energia, com diminuição do estado de alerta, da coordenação e da eficiência, aumento no tempo de reação, comprometimento da cognição, embotamento emocional ou mudanças de humor. Planejamento estratégico, apoio e capacitação da força de trabalho em saúde são necessários para garantir níveis seguros de funcionários, bem como alocação justa das cargas de trabalho e administração do tempo e da organização laboral, segundo as recomendações da orientação provisória da OMS (Paho, 2022).

A saúde mental e o bem-estar dos profissionais da saúde são suscetíveis de ser afetados no contexto da covid-19, tendo como causas: contato com pacientes afetados, percepção de impedimentos à realização de suas funções, apoio organizacional insuficiente, realocação forçada a funções com níveis maiores de risco, falta de confiança nas medidas de proteção e trabalhar como enfermeiro (Kisely *et al.*, 2020).

O Brasil é o país onde mais ocorreram mortes de profissionais do setor em decorrência da covid-19. Até 27 de outubro de 2020, foram confirmados 454 óbitos de trabalhadoras/es da equipe de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) no cenário brasileiro e 41.926 casos reportados (Bitencourt; Andrade, 2021).

Monitorar a força de trabalho em suas condições físicas e emocionais é essencial para definir atividades de suporte psicológico e a necessidade de afastamento de trabalhadores. No contexto da covid-19, justifica-se, ainda mais, a realização de atividades que influenciam positivamente na segurança psicológica dos trabalhadores da saúde, como, por exemplo: reuniões breves entre profissionais no início e no final dos turnos, a identificação de riscos, problemas, necessidades de insumos e de escuta das preocupações, receios e obstáculos para um cuidado seguro dos usuários e profissionais (Engstrom *et al.*, 2022).

Outro ponto preocupante é a prática rotineira de notificações durante a pandemia, pois um robusto estudo de Wang *et al.* (2022) analisou dados de 74 países nos anos de 2020 e 2021 e apontou que o número de mortes por covid-19 nos primeiros dois anos da pandemia totaliza mais de 18 milhões em todo o mundo, consistindo em três vezes mais do que o número global de óbitos relatados pela doença, que até março de 2022 contabilizou mais de seis milhões de mortes por covid. Os cinco países com maior subnotificação foram a Índia, os Estados Unidos, Rússia, México, e o Brasil, que está em quinto colocado no ranque com 792 mil mortes não relatadas.

Corroborando esses dados, pesquisa recente realizada em quatro cidades brasileiras (Fortaleza, Manaus, Rio de Janeiro e São Paulo) mostrou a elevada porcentagem de mortes excedentes e de mortes fora do hospital, assim como a possibilidade de subnotificação expressiva da mortalidade por

covid-19 nesses locais durante os primeiros quatro meses da epidemia no Brasil (Orellana *et al.*, 2022).

O Brasil também foi um dos países que menos realizou testes rápidos durante a pandemia, mesmo em um cenário de testagem aquém do necessário, com alto percentual de testes positivos (24,5%), e, na contramão, adotou medidas de reabertura gradual da economia que não encontram respaldo nos dados epidemiológicos e nas recomendações da OMS (Pilecco *et al.*, 2021).

O gerenciamento emergencial de recursos no enfrentamento à pandemia desafiou habilidades da gestão estratégica no manejo de métodos de intervenção capazes de operacionalizar com êxito as práticas de administração de recursos humanos, materiais, físicos, financeiros, políticos e de informação, dentre outras situações nunca vivenciadas. A pandemia parece ter dado maior visibilidade aos temas da segurança do paciente e qualidade do cuidado, porém o desafio é que cada país deve ser capaz de se organizar para oferecer cuidados de qualidade e seguros para todos, ainda que sua implementação e a adesão dos profissionais de saúde a práticas de segurança do paciente ainda sejam um grande desafio em todo o mundo (Meneses, 2020).

Considerações Finais

Os fatores que interferem na segurança do paciente na APS norteiam o planejamento de ações que avançam em vários aspectos da gestão do cuidado em saúde, abrangendo os recursos humano e, materiais, bem como o gerenciamento desses recursos. Salienta-se que a cultura de segurança deve ser implementada nas equipes profissionais da APS, transformando a segurança do paciente em prioridade no cuidado oferecido nas UBS, tornando o ambiente eficiente, confiável, oportuno, equânime e focado no usuário.

Desmistificar a cultura de punição e implementar o planejamento de ações, com a finalidade de minimizar erros e danos, ainda é um desafio para os serviços de saúde da APS. Para tal, faz-se necessário um processo educacional de formação profissional e que também inclua a educação em

saúde da comunidade adscrita ao território das unidades de saúde. É fundamental a estratégia de caminhar juntos: o saber técnico e científico com respeito aos hábitos da população, melhorando a comunicação entre os agentes envolvidos no cuidado.

A pandemia de covid-19 revelou o potencial da APS diante de situações emergentes, por via de ações transformadoras, tais como a mudança de perfil epidemiológico após as ações das equipes de saúde da família, mas, também, mostrou as fragilidades desse nível de atenção ante as dificuldades de financiamento e a necessidade de implementação de ações mais efetivas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Salienta-se a relevância da inserção da cultura de segurança nas instituições de saúde, primordialmente na APS, para o aprimoramento de ações e serviços que envolvem a comunidade e as famílias, consideradas componentes prioritárias de um sistema de saúde.

Referências

AGUIAR, T. L. *et al.* Incidentes de segurança do paciente na atenção primária à saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 24, supl. 1, e190622, 2020.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1013-1022, 2021.

BOSCHIERO, Matheus Negri *et al.* Um ano da doença coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil: um panorama político e social. **Annals of global health**, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 44, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139306>. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017.

CALDAS, B. N. *et al.* Segurança do paciente e a pandemia causada pelo SARS-CoV-2. In: BARRETO, M. L. *et al.* (Org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais.** Salvador: Edufba, 2020.

CAMPBELL, S. M. *et al.* A patient safety toolkit for family practices. **Journal of Patient Safety**, v. 16, n. 3, p. 182 - 186. 2020, p. e182-e186, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2020/09000/A_Patient_Safety_Toolkit_for_Family_Practices.25.aspx. Acesso em: 12 fev. 2021.

CARVALHO, P. A. *et al.* Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, supl. 1, p. 252-258, 2019.

CASTILHO, D. E. C. *et al.* Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3273, 2020.

DIAZ, M. C. G.; DAWSON, K.; SOBOLEWSKI, H. Using Simulation to Prepare Healthcare Teams During the COVID-19 Pandemic. **Journal of patient safety**, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 251-252, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678346/>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ENGSTROM, E. M. *et al.* Organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (Org.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviço de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. p. 185-200.

FERNANDES, J. A. *et al.* Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00120519, 2020.

FERNANDEZ, M. *et al.* Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 4, e201011, 2021.

FOURNIER, J. P. *et al.* Patient-safety incidents during COVID-19 health crisis in France: An exploratory sequential multi-method study in primary care. **The European journal of general practice**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 142-151, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2021.1945029>. Acesso em 21 nov. 2022.

FROTA, A. C. *et al.* Vínculo longitudinal da estratégia saúde da família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 131-151, 2022.

FURLANETTO, D. L. C. *et al.* Estrutura e responsividade: a atenção primária à saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 630-648, 2022.

GRAY, R.; SANDERS. C. A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 34, n. 5, p. 672-678, 2020.

KISELY, S. *et al.* Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. **BMJ**, Londres, v. 369, p. m1642, 2020.

KLEMENC-KETIS, Z. *et al.* The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC Health Serv. Res.**, v. 17, n. 36, p. 1 - 7, 2017.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 5, p. 531-537, 2017.

KALÁNKOVÁ, D. *et al.* Nurses' perception of patient safety culture in primary care during the COVID-19 Pandemic: A Preliminary Results. **The Journal of ambulatory care management**, [S. l.], v. 45, n. 4, p. 299-309, 2022.

LAPAO, L. V. *et al.* Atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n.3, p. 713-724, 2017.

LAWATI, M. H. A. *et al.* Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. **BMC Fam. Pract.**, v. 19, n. 104, 2018.

LIMA, I. S *et al.* Contribuição da atenção primária à saúde para a segurança do paciente: revisão sistemática e metanálise. **Enfermagem Brasil**, [S. l.], v. 2191, p. 58-74, 2022. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4865>. Acesso em: 07 dez. 2022.

MACEDO, S. M. K. *et al.* Problems and strategies related to patient safety in primary health care. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e9129109335, 2020.

MADDEN, C. *et al.* Safety in primary care (SAP-C): a randomised, controlled feasibility study in two different healthcare systems. **BMC Fam. Pract.**, v. 20, n. 22, p. 1-10, 2019.

MAIS DEVE ser feito para proteger força de trabalho da enfermagem à medida que casos de COVID-19 aumentam nas Américas, afirma diretora da OPAS. **Pan American Health Organization (PAHO)**, 4 maio 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-5-2022-mais-deve-ser-feito-para-protoger-forca-trabalho-da-enfermagem-medida-que-casos>. Acesso em: 26 nov. 2022.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHnrPTcBb7Yy/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19. *In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Org.) Profissionais de saúde e cuidados primários*. Brasília: CONASES, 2021. p. 329-338.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? *Rev. adm. contemp.*, v. 15, n. 2, p. 320- 332, 2011.

MENESES, A. S. Emergencial management of primary health care resources in covering the pandemic of covid-19. *SciELO Preprints*, 2020.

MESQUITA, K. O. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 2, 1-8, 2016.

OLIVEIRA, P. C. *et al.* Patient safety culture in home care service. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 54, e03586, 2020.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. e00259120, 2021.

PILECCO, F. B. *et al.* O efeito da testagem laboratorial nos indicadores de acompanhamento da COVID-19: uma análise dos 50 países com maior número de casos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 2, p. e2020722, 2021.

ROCHA, B. M.; NEVES, T. A. C. Implicações da queda na cobertura vacinal infantil no Brasil: análise dos últimos 10 anos. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 8, n. 11, p. 73202–73214, 2022.

RODRIGUES, A. P. B. **Adaptação cultural e validação do Primary Care Safety Questionnaire para o cenário brasileiro**. 2017. 145 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

SANTOS, P. V. M. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre evento adverso na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, p. 1-7, 2019.

SILVA, A. P. F. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. spe, e20180164, 2019.

SMITS, M. *et al.* Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scand. J. Prim. Health Care**, v. 36, n. 1, p. 28-35, 2018.

SOUTO, A. C. *et al.* Recomendações para procedimentos assistências em saúde à luz da segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19. Salvador: **Rede CoVida**, 2020. Disponível em: <https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio-Seguran%C3%A7a-do-Paciente.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SOUZA, M. M. **Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. 2017. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

SOUZA, V. S. *et al.* Associação entre clima de segurança e a carga de trabalho em enfermagem. **Cogitare enferm.**, v. 24, e58976, 2019.

TEIXEIRA, C.F.S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2020.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta paul. enferm.**, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, P., MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 41-58.

WANG, H. et al. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. **The Lancet, Londres**, v. 399, n. 10334, p. 1513-1536, 2022.

CAPÍTULO 2

OS DESAFIOS DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE A PANDEMIA COVID-19

*Anne Evelyn Gomes Serra
Ana Cláudia de Souza Leite
Fernanda Rochelly do Nascimento Mota
Michell Ângelo Marques Araújo*

Introdução

No final de 2019, a Terra foi chocada com surgimento do novo coronavírus ou SARS-CoV-2, responsável pela doença classificada como covid-19, causadora de um número expressivo de casos de pneumonia em uma cidade da China, chamada Wuhan (Croda; Garcia, 2020). Esse vírus com alta transmissibilidade provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves (80%) a graves (5 a 10%) com insuficiência respiratória. Seu potencial de letalidade varia com o aumento proporcional da idade, condições clínicas associadas e alto índice de massa corporal IMC (Brasil, 2020).

Ante o expressivo aumento de casos de covid-19 e suas respectivas taxas elevadas de mortalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o estado de pandemia em março de 2020 (OMS, 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde já havia declarado, um mês antes, estado de emergência nacional em Saúde Pública. Na sequência dos eventos, a América do Sul se tornou em menos de cinco meses o novo epicentro da pandemia (Lana *et al.*, 2020).

Nesta contextura pandêmica, os sistemas de saúde globais foram desafiados a se organizar para garantir o direito à saúde em todos os níveis de atenção. Assim, nesse quadro caótico, a Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil fundamenta sua resposta global às doenças nas ocasiões de surtos e epidemias, destacando-se na coordenação do cuidado e identificação precoce de casos graves que devem ser encaminhados para serviços especializados (Medina *et al.*, 2020).

A força tarefa da gestão de saúde foi orientada na descentralização das ações e serviços dos profissionais de saúde da ESF pelo atendimento por comunicação remota. A ideia era fortalecer a abordagem familiar e comunitária, diminuindo a disseminação do vírus nos territórios, conciliando, assim, a atenção para essa situação trazida pela pandemia, garantindo a prevenção e controle das doenças não-transmissíveis (Ribeiro *et al.*, 2020).

Essa adequação das ações e serviços envolveu a utilização da ferramenta de teleconsulta que utiliza as tecnologias de informação e comunicação (TIC), ofertando serviços de saúde a distância, compartilhando informações e conhecimento (Celes *et al.*, 2018). Dentre essas ações para o enfrentamento da emergência de saúde pública em virtude da epidemia, foram autorizados atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico por Telemedicina para interação a distância, no âmbito do SUS (Brasil, 2020).

Para tal, foi necessário reorganizar o formato de trabalho dos profissionais das diversas áreas de saúde nos territórios do Brasil, seus múltiplos movimentos e relações de força diante das mudanças no trabalho em saúde. Tornou-se, assim, premente pensar coletivamente nas condições e dinâmicas dos movimentos informacionais e comunicacionais para o acompanhamento de usuários por ocasião do isolamento social durante essa pandemia.

In hoc sensu, em caráter de urgência, foi criada a Resolução Nº 634/2020 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), como estratégia de combate à pandemia por via de consultas, esclarecimentos e orientações dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2020). Posteriormente, em 2022, outra Resolução do COFEN (Nº 696/2022) foi editada para regular a atuação da Enfermagem na Saúde Digital e normatizar a Telenfermagem (COFEN, 2022).

Nesta perspectiva, no território do município de Tauá, interior do Estado do Ceará, a teleconsulta passou a fazer parte do trabalho das equipes de saúde, sendo utilizada como instrumento do cuidado para obter respostas às necessidades de saúde dos usuários decorrente da situação emergencial durante a pandemia, em formato de consultas remotas (COFEN, 2022). Embora houvesse um processo comunicativo por telefone anterior à pande-

mia, o atendimento por teleconsulta tornou-se uma prática fundamental, transportando a necessidade de reflexão sobre esse meio de comunicação no percurso experienciado pelos (as) profissionais enfermeiros (as).

Com efeito, compartilhar as experiências destes profissionais nesse contexto implica pensar e sentir do percurso vivido neste território. De tal modo, este estudo intentou saber quais os desafios da teleconsulta experienciado pelos (as) profissionais enfermeiros(as) das ESF da cidade de Tauá do estado do Ceará, durante a pandemia da covid-19. Esta experiência dinâmica, dialógica e complexa era recheada de desafios no gerenciamento, assistência e educação em saúde haja vista a qualidade em saúde na APS.

Assim, conhecer as experiências de Enfermagem na atuação na linha de frente do combate à covid-19 tinha em vista possibilidades em aportar conhecimentos, atitudes e práticas aplicadas à realidade local. No pensamento de Deleuze e Guattari (1995), viria com o grande potencial para trazer questões e soluções para o atendimento clínico, considerando o contexto do SUS como projeto ético-político de uma sociedade que valoriza a vida.

O dinamismo da produção tecnológica teve a pandemia como propulsora para a Enfermagem no seu modo reinventar-se em diversos contextos de atuação, desde a educação à prática assistencial (Lino; Machado; Souza; Amadlgl, 2023).

Teleconsulta em Enfermagem durante a pandemia de COVID-19 na APS

A ESF foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), englobando um nível de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Além disso, fornece atenção sobre a pessoa (não apenas para a enfermidade) no decorrer do tempo, garante atenção para todas as condições e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (Starfield, 2002).

Na experiência de atuação da ESF, as ações foram sistematizadas em quatro vertentes: I) vigilância em saúde nos territórios com notificações, detecção, acompanhamento e isolamento de contatos; II) atenção aos usuá-

rios com covid-19, seguindo protocolo de manejo clínico com fluxos diferenciados a depender do quadro do paciente, separando os sintomáticos respiratórios dos usuários com outros problemas de saúde; III) o suporte social a grupos vulneráveis, como idosos e pessoas com comorbidades; e IV) a continuidade das ações próprias da ESF (Medina *et al.*, 2020).

No enfrentamento da pandemia, o percentual de 80% dos casos era de leves ou moderados e os usuários procuravam a rede básica como primeiro acesso a demanda de cuidados e resolubilidade (Sarti *et al.*, 2020).

No Brasil, a teleconsulta cresceu acentuadamente nos últimos anos, embora não houvesse, até a pandemia, um marco regulatório consolidado no país. Evidencia-se que até a epidemia do novo coronavírus, a teleconsulta no Brasil só era permitida pelo Conselho Federal de Medicina sob emergências. Ante a gravidade do quadro atual de pandemia, o momento desafiador criado por esta significou um frenesi relacionado à expansão das aplicações e usos da telessaúde, visando a melhorar a resposta do sistema de saúde (Carvalho *et al.*, 2020).

Além da capacidade da disseminação, necessidade de isolamento social e diminuição de contato interpessoal, em especial da população considerada de risco e da atuação dos profissionais de Enfermagem como linha de frente de atendimento à população brasileira, em março de 2020, a Teleconsulta em Enfermagem foi regulamentada por meio da Resolução Nº 634/2020, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020), como um meio de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (sarscov-2).

Em 2022, foi instituída a regulamentação do uso da Telenfermagem por meio da resolução do COFEN Nº 696/2022, pois o uso dos recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) denotou avanços irrevogáveis para oferecer serviços de saúde para quem precisa, no momento em que necessita (COFEN, 2022).

O telefone é uma tecnologia comum e confiável, adequada para muitas consultas relacionadas à covid-19. Pacientes com sintomas leves e sem complicações, assim como aqueles que procuram o serviço por pretextos administrativos são passíveis de ser consultados via telefone. Pacientes

com sintomas mais intensos, com certas comorbidades, com ansiedade, circunstâncias sociais que afetam o curso da doença, pessoas com deficiência auditiva, hão de preferir vídeo, em substituição ao telefone (Greenhalgh *et al.*, 2020).

A experiência na óptica da cartografia em saúde

A cartografia como método de pesquisa foi iniciada pelos filósofos Gilles Deleuze e Félix Guattari no final da década de 1960. A origem do conceito de cartografia vem da geografia, e o que os autores fazem é trazê-la para outros campos de conhecimento. Se a cartografia como ciência trabalha com territórios e suas representações, de maneira semelhante, opera-se com a metodologia cartográfica (Richter; Oliveira, 2017).

Um dos princípios da cartografia é o autor estar em sua pesquisa, em sua totalidade. Um pesquisador cartógrafo não se separa de sua investigação: ele compõe juntamente com seu campo pesquisado. A cartografia não possui método único de utilização, não denota um formato fechado. Cada inquisidor encontra-se nela, e com ela. Ele terá de inventar as próprias regras, ao passo que faz associações em sua pesquisa, passando a fazer parte deste território. Isto é, pesquisador e pesquisa perfazendo um todo, que não é fechado (Richter; Oliveira, 2017).

De efeito, a cartografia constitui inovação metodológica importante nas pesquisas em saúde, por levar a efeito a elaboração das experiências, dos afetos gerados pelas relações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores dentro de um território vivo, dinâmico e móvel, acompanhado de toda a complexidade que envolve a produção do cuidado em saúde.

O trabalho na saúde, como o desenvolvido pela ESF, é definido pela ação do trabalho vivo em ato, resultado das relações entre todos os sujeitos envolvidos. Na realização das atividades cotidianas, evidenciam-se a subjetividade e os processos de subjetivação aí implicados, e que se constituem como campos de força da micropolítica do trabalho e do modo de produção da saúde. A subjetividade é histórica e socialmente produzida. As pessoas produzem o mundo e são por ele produzidas (Merhy *et al.*, 2020).

Sabe-se que o trabalho vivo enseja fluxos e conexões dentro de uma rede de cuidado em saúde, propiciando visualizar a cartografia no interior dos processos de trabalho. Assim, manifesta-se como o desenho de um mapa aberto, com múltiplas conexões, percorrendo variados territórios em suas características múltiplas e heterogêneas, capaz de sobrepujar normas do sistema, adotando linhas de fuga e tornando possíveis as intersubjetividades (Merhy *et al.*, 2020).

Metodologia

O texto sob relação configura um estudo qualitativo para a produção das trajetórias assistenciais de enfermeiros (as) que tiveram a experiência com a ferramenta de teleconsulta durante a pandemia da covid-19 no município de Tauá, Ceará, Brasil, na intensa demanda de adentrar a realidade das experiências vividas entre profissional, usuário e território de pesquisa, para mapear seus caminhos, movimentos, funcionalidades, fatos e afetos no contexto da ESF.

O estudo foi realizado em Tauá-CE, município com 59.259 mil habitantes (IBGE, 2021), que é a sede da 14ª região de saúde, juntamente com os Municípios de Aiuaba, Arneiroz e Parambu, no interior do Estado do Ceará. Foram compartes do experimento os (as) enfermeiros (as) das equipes das ESF de Tauá-CE que compõem a população de 25 profissionais de saúde, considerados como o universo amostral. A inclusão dos participantes atendeu aos seguintes critérios: tencionar fazer parte do estudo e ter realizado acompanhamento de usuários por teleconsulta durante a pandemia da covid-19. Desse modo, foram realizados 23 questionários.

A coleta de dados ocorreu maio e junho de 2022, efetivada de maneira totalmente virtual, obedecendo à preferência dos sujeitos da pesquisa por essa modalidade. O questionário foi adaptado ao formato de formulário da plataforma *Google Forms*, e o *link* enviado pelo contato telefônico via aplicativo *Whatsapp*. Ressalta-se, ainda, a Carta Circular nº 1/ 2021 do CONEP/MS que autoriza e orienta procedimentos de pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual para investigação com seres humanos.

O questionário foi dividido em duas partes: Parte 1. Características pessoais, familiares e laborais; Parte 2. Teleconsulta de Enfermagem durante a pandemia de covid-19.

A organização e a análise dos dados ocorreram em junho e julho de 2022, sendo extraídas do questionário na plataforma *Google Forms* as respostas dos participantes, gerando dados paramétricos e não paramétricos.

A Parte 1 forneceu dados paramétricos, dos quais foram obtidos os números absolutos e seus percentis calculados no *software* Excel 20.0, mostrados em tabelas.

Os dados não paramétricos se constituíram das respostas qualitativas dos sujeitos referentes à Parte 2, que compuseram o material empírico ou *corpus*, como objeto de análise. Esse *corpus* foi organizado e analisado com lexicografia básica pelo *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que é um programa de análise de dados textuais ancorado no *software* R (R Development Core Team, 2020) e na linguagem *python* (www.python.org) (Ratinaud, 2009). A versão dele utilizada nesta pesquisa foi a 0.7 alpha 26/ R 3.4.1. Este *software* possibilita o uso de várias modalidades de análise de dados textuais diferentes, da simples (Ex.: lexicografia básica) quando usa a lematização, cálculo de frequência de palavras, análises multivariadas como classificação hierárquica descendente (CHD), análise pós-fatorial de correspondências e análises de similitude (Salviati, 2017).

Entre as vantagens na análise dos dados por meio de *softwares*, estão o auxílio na organização e separação de informações, o aumento na eficiência do processo e a facilidade na localização dos segmentos de texto, além da agilidade na codificação, quando se compara ao realizado a mão (Salviati, 2017).

Para a análise textual do estudo, foi utilizada a análise de similitude. Essa análise se ancora na teoria dos grafos, com vistas a examinar a força das correlações estruturais das palavras estatisticamente significativas, indicando a conexão e coocorrências entre elas, concedendo vez ao reconhecimento da estrutura de um *corpus* e classificando como fortes quanto mais se apro-

ximarem do campo central e suas conexões e desdobramentos periféricos e, fracamente acoplados, quando se distanciarem (Ratinaud; Marchand,2012).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP/UECE), (Parecer nº 5.373.169). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados por números, conforme a ordem de realização do questionário, para garantia do anonimato.

Resultados

Os (as) enfermeiros (as) foram peças chaves no combate à covid-19, atuando em todo momento na linha de frente. Assim, o resultado deste estudo traz os 23 participantes que realizaram teleconsulta de Enfermagem no seu processo de trabalho. Com amparo nos da coleta de dados, eis à continuidade.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos (das) profissionais enfermeiros(as) das ESF Tauá, Ceará, Brasil, 2022.

Características(n=23)	n	%
Sexo		
Feminino	21	91,3
Masculino	2	8,7
Faixa etária		
24-29 anos	8	34,7
30-39 anos	13	56,5
40 anos ou mais	2	8,6
Local de moradia		
Tauá	23	100

Fonte: Autores (2022).

Observou-se que, na caracterização sociodemográfica (Tabela 1) dos participantes deste estudo (n=23), a maioria é de mulheres (21; 91,3%), com faixa etária predominante de 30-39 (56,5%) anos e moradores do município de Tauá-CE.

As características dos atendimentos realizados pelos (as) enfermeiros (as) inseridos nas ESF de Tauá-CE foram importantes para identificar as possíveis diversidades de locais e tempo de trabalho, tipo de atendimento, atendimentos mensais e por telefone, como se vê na Tabela 2, à continuação.

Tabela 2 - Características laborais e profissionais dos (as) enfermeiros (as) das ESF de Tauá, Ceará, Brasil, 2022.

Características (n=23)	N	%
Local de trabalho		
Tauá	23	100
Tipo de Atendimento		
Assistencial	23	100
Atendimentos mensais		
20 - 40	3	13
40 - 60	3	13
60 -80	9	39,1
≥ 100	8	34,8
Atendimento por telefone		
Não fazia uso	13	56,5
Fez uso em algum momento	10	43,5
Tempo de trabalho na UBS (Anos)		

1 ano	6	26,1
2 anos	2	8,7
3 a 5 anos	8	34,8
Mais de cinco anos	5	21,7
Não responderam	2	8,7

Fonte: Autores (2022).

Na Tabela 2, nota-se que cem por cento dos (as) enfermeiros(as) das ESF prestavam atendimento do tipo assistencial. Além de morarem em Tauá-CE (Tabela 1), todos, também, trabalhavam no Município, predominando o período de três a cinco anos (34,8%).

Com relação à assistência prestada, todos (as) os (as) enfermeiros (as) realizavam atendimentos a usuários recém-nascidos, gestantes, crianças ou adolescentes, adultos e idosos com o quantitativo mensal variando de 20 até mais de cem pessoas. Nesse aspecto, o quantitativo de atendimentos predominante foi a partir de 60 a 80 com o percentual de 39,1%, seguido de cem ou mais atendimentos com o percentual de 34,8% (Tabela 2).

O contato remoto dos (as) enfermeiros(as) com os usuários cadastrados no território era feito alternadamente com outros atendimentos e demandas realizadas de maneira presencial na unidade de saúde. De acordo com o relato dos participantes deste experimento, não existia horário reservado na agenda para esse momento de teleconsulta, tornando desgastante para o profissional realizar simultaneamente o trabalho remoto e presencial. Ainda assim, nem todos os usuários que precisavam do atendimento *online* obtinham sucesso na comunicação, seja por falha na rede de internet, seja pelo não interesse dele (a) em receber as orientações ou pelo seu não entendimento da orientação fornecida pelo profissional.

Assim, o diálogo no atendimento se tornou um percurso diferenciado e cheio de movimentos. A Tabela 3 indica como ocorriam os movimentos da comunicação entre enfermeiros (as) e usuários nas ESF do município de Tauá-CE.

Tabela 3 - Comunicação entre usuários e enfermeiros (as) das ESF, segundo a modalidade, finalidade, tipo e formato de contato. Tauá, Ceará, Brasil, 2022.

Comunicação entre usuários e	n	%
Modo de comunicação		
Remoto	14	60,9
Presencial	23	100
Outro	5	21,7
Finalidade		
Atendimentos e Consultas	23	100
Tipo de contato		
Telefone da equipe	7	30,4
Celular pessoal	1,0	4,3
Telefone da Instituição	15	65,2
Associações de modalidades de comunicação		
Telefone e Presencial	11	47,8
Telefone e Presencial e Outra	3	13
Presencial e Outra	2	8,7
Presencial	7	30,4
Forma de Comunicação Verbal		
Ligação por aplicativo	2	8,7
Mensagem por áudio por	4	17,4
Mensagem por vídeo por	1	4,3
Ligação telefônica	10	43,5
Forma de Comunicação Escrita		
Mensagem (SMS)	2	8,7
Mensagem por	3	13
Mensagem escrita por	-	-

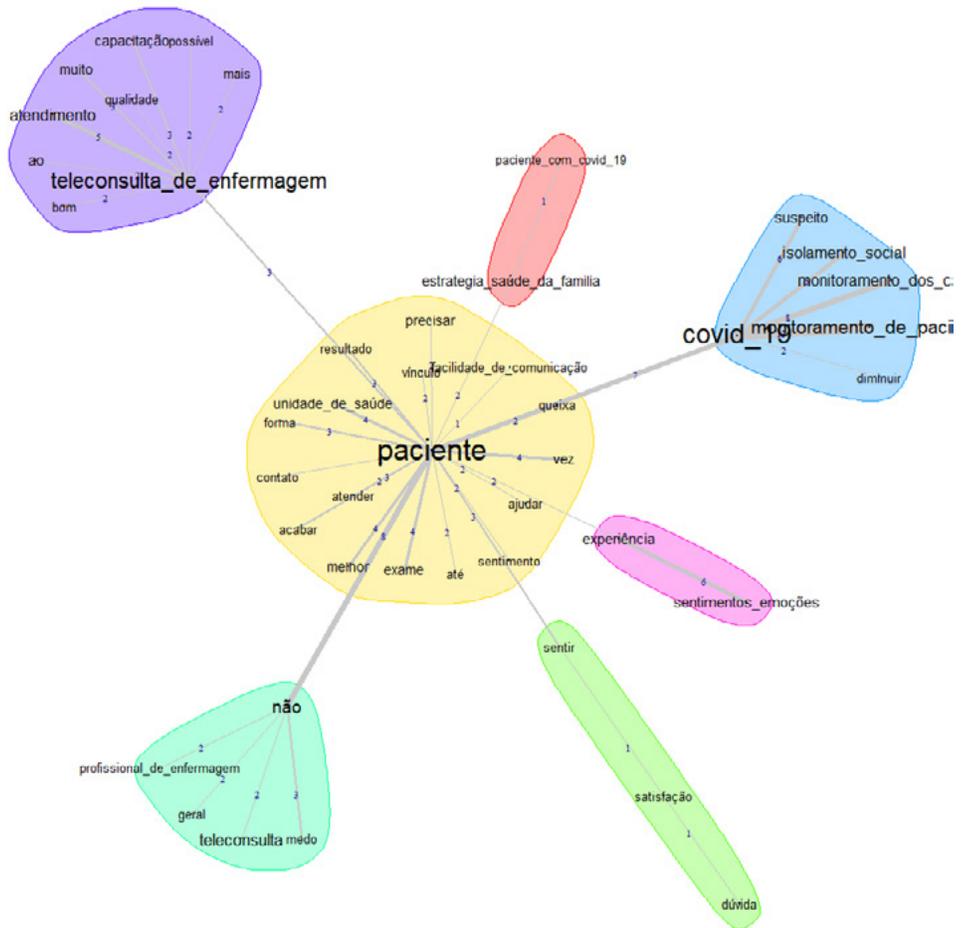
Fonte: Autora (2022).

Esse processo comunicativo (Tabela 3) entre enfermeiros (as) das ESF de Tauá-CE e usuários ocorria remotamente com um percentual de 60,9%. Tinha como finalidade a realização de atendimentos e consultas (100%) realizados por meio do telefone da Instituição (65,2%), na maioria das vezes. Havia, porém, associações desses modos de comunicação que ocorriam em conjunto por telefone (remota) e presencialmente (100%).

Das modalidades de uso de telefone utilizadas como comunicação verbal (Tabela 3), 43,5% dos (das) enfermeiros (as) utilizaram ligações telefônicas e como comunicação escrita, as mensagens SMS 8,7% e pelo aplicativo *WhatsApp*, com percentual de 13%.

A imanência das questões oriundas das experiências sobre o atendimento por teleconsulta de enfermeiros (as) das ESF de Tauá-CE e suas relações intrínsecas ao *corpus* textual produzido pelo *software* Iramuteq (2020) apontam, além das forças lexicais, aquelas das experiências vividas na relação entre aquele que produz uma questão original com as experiências dos participantes deste estudo. Em tal direção, foi produzida uma árvore de coocorrência, com suporte na análise de similitude (Figura 1).

Figura 1 – Análise de similitude do *corpus* textual sobre as teleconsultas de enfermeiros(as) das ESF de Tauá, Ceará, Brasil, 2022.



Na observação da árvore de *cocorrência* (Figura 1), os resultados mostraram que entre os pares de associações se identificam forças de ligações mais “fortes” e mais “fracas”. O elemento “paciente” posicionou-se com maior centralidade, apontando relações importantes com vários outros elementos que trazem complementaridade e que o fortalecem, distribuindo

do-se tal e qual um rizoma ao fazer interligações e conexões com as experiências de enfermeiros (as) das equipes da Estratégia Saúde da Família com a teleconsulta de Enfermagem, durante a pandemia de covid-19.

Foram verificados os seguintes pares de associações entre os elementos em ordem decrescente de força: paciente - não, paciente - covid-19, paciente - teleconsulta de Enfermagem. Com o mesmo nível de força de ligação a associação entre: paciente - sentir, paciente- Estratégia Saúde da Família e paciente-experiência.

Observou-se uma grande conexão entre as palavras “paciente” e “não”, que se conectam com a palavra “medo”, ocasionado por possível falha na comunicação e preocupação do profissional de Enfermagem em não conseguir avaliar de maneira completa o paciente em consequência da falta do exame físico, levando a possíveis interpretações equivocadas na teleconsulta de Enfermagem. É como dividido nos relatos dos participantes: “Me sinto apreensiva, tenho medo de me expressar de uma forma que ofenda um paciente, pois ele não consegue ver minha expressão corporal, e pode acabar interpretando de forma equivocada, tento fazer a melhor escolha de palavras” (Enf 3). “Muitas vezes angústia e medo por não ver o paciente e avaliar pessoalmente o estado clínico” (Enf 12).

Desse modo, a centralidade da palavra “não”, além do “medo”, observada no seu respectivo halo secundário, reúne outros elementos importantes observados nas palavras teleconsulta, geral, profissional de Enfermagem. Esses envolvem questões relacionadas ao cuidado integral na teleconsulta pelos (as) enfermeiros (as) em uma situação singular de isolamento social para evitar transmissão e agravos decorrentes do aumento crescente de casos de covid-19.

O elemento “paciente” teve outras conexões também importantes com as palavras sentir, ESF e experiência, que mostraram relações significativas diferentes, apontando para possibilidade de reflexões sobre o contexto da teleconsulta de Enfermagem durante a pandemia de covid-19.

Desse modo, observou-se que havia uma conexão forte entre paciente e covid-19 e seus desdobramentos associativos com as expressões

monitoramento do paciente, monitoramento dos casos, isolamento social e suspeitos, e uma fraca conexão com a palavra “diminuir”. Veja-se nas seguintes falas: “apenas monitorar o estado de saúde do paciente, caso esteja com a infecção por covid-19” (Enf 1), “monitoramento de pacientes com covid-19 que precisam estar em isolamento social” (Enf 14).

O ato de cuidar integralmente pela teleconsulta de Enfermagem envolveu o monitoramento constante de pacientes com casos positivos e suspeitos em isolamento social com a finalidade de reduzir a transmissibilidade da doença e continuar realizando o cuidado, mesmo que remotamente.

Na conexão entre paciente e teleconsulta de Enfermagem, ficou evidente a associação com as palavras atendimento, qualidade-muito, capacitação, possível, mais, ao, bom. Percebe-se, neste contexto, que os profissionais citaram a necessidade de capacitação para melhorar a qualidade das teleconsultas. Isto se evidencia nas falas: “preparo e capacitação. Oficinas de treinamento” (Enf 3), “capacitações que abordem a teleconsulta” (Enf 12) e “capacitação e curso para teleconsulta ou telemedicina” (Enf 15).

Na conexão entre paciente - sentir - satisfação - dúvida, considerando a centralidade da palavra paciente no halo central, percebeu-se que na maioria das vezes a experiência dos (as) enfermeiros (as) com a teleconsulta trazia satisfação, exceto em situações que geram dúvida quanto à veracidade das informações do paciente fornecidas pelo telefone.

A conexão entre paciente - Estratégia Saúde da Família - paciente com covid-19 ocorreu linear e intensamente relacionada com a força tarefa das suas equipes de saúde em todos os momentos da pandemia. Nesse contexto, as equipes de saúde da família das ESF de Tauá-CE objetivaram atender, principalmente, os pacientes sintomáticos respiratórios, conduzindo clinicamente os casos leves, identificando e transferindo as ocorrências de natureza grave para outros níveis de atenção à saúde.

As relações entre as palavras paciente - experiência - sentimentos e emoções tiveram conexão linear. As experiências relacionais dos agentes, profissionais de Enfermagem e usuários atendidos suspeitos ou não de covid-19 para consultas clínicas nas ESF enfrentaram as barreiras do isolamen-

to social e dos riscos da transmissibilidade do vírus SARS-Cov-2, gerando a necessidade de atendimento por teleconsulta.

Assim, foi possível identificar alguns desafios a serem superados nos atendimentos por teleconsulta: melhorar a comunicação entre profissional e usuário, capacitar os profissionais, disponibilizar equipamentos de qualidade, organizar as agendas dos profissionais, disponibilizando tempo para esses atendimentos e atingir o objetivo da teleconsulta, em decorrência da impossibilidade de realização de exame físico.

Discussão

No contexto da pandemia da covid-19 no município de Tauá-CE, o diálogo no atendimento de Enfermagem se tornou um percurso diferenciado e cheio de movimentos e funcionalidades; impende se conhecer esses movimentos e transformações na dinâmica da vida institucionalizada, que, segundo Rolnik, são cartografados, na procura dos sentidos e significados na realidade com ou sem perda de sentido, criando-se realidades e suas modalidades de expressar afetos em espaços e tempos naquilo que lhe faz sentido (Rolnik, 2007).

O mapeamento territorial das experiências dos (das) enfermeiros (as) de Tauá-CE traz suas transitoriedades, “efemeridades”, visão de mundo e suas configurações existenciais, perceptíveis ao se cartografar a realidade vivida com o gatilho das sensações. Nesse desenho, acolhem-se os movimentos da teleconsulta de Enfermagem, que, na realidade de Tauá-CE, se considera como meio de entendimento da construção e desconstrução ante a realidade de uma pandemia e dos afetamentos e sua intensidade percebida na produção do cuidado (Rolnik, 2007)

A teleconsulta de Enfermagem foi realizada por enfermeiros (as) participantes deste estudo, sendo a maioria do sexo feminino (91,3%), assim como foi encontrado em outros estudos (79,8% e 89,05%) (Araújo et al., 2017; Lopes et al., 2020). Dados do COFEN (2013) também corroboram o predomínio de enfermeiras (86,2%).

Todos os participantes desta investigação referiram o uso do telefone com a finalidade de realizar atendimentos e consultas. A maioria (65,2%) referiu utilizar o telefone da instituição para contato com o usuário, sendo a ligação telefônica a modalidade de comunicação predominante (43,5%) em relação aos demais jeitos de se comunicar também utilizados. Esse fato é compreensível porque o contato via telefone é mais viável em relação às outras maneiras, pois dá oportunidade à comunicação com o usuário/paciente, mesmo que esse não tenha crédito ou internet no seu telefone. Esse resultado traz aproximação com um estudo realizado, objetivando avaliar a disponibilidade de teleconsulta e a extensão de seu uso na atenção primária da Malásia, ao lobrigar o fato de que, de 114, a maioria das teleconsultas acontecia por telefone – 69 - o que representa um percentual de 60,5% (NG *et al.*, 2022).

Na análise de similitude do *corpus* textual sobre a teleconsulta de enfermeiros (as) das ESF de Tauá-CE (Figura 1), havia uma grande conexão entre as palavras “paciente” e “não”, que se conectam com o vocábulo “medo”, ocasionado, provavelmente, por dificuldades geradas na comunicação e preocupação do profissional de Enfermagem em não conseguir avaliar de maneira completa o paciente, em razão da falta do exame físico, levando a possíveis interpretações equivocadas na teleconsulta de Enfermagem. Desse modo, a centralidade da palavra “não”, além do “medo”, observada no seu respectivo halo secundário, reúne outros elementos importantes observados nas palavras teleconsulta, geral, profissional de Enfermagem. Esses envolvem aspectos relacionadas ao cuidado integral na teleconsulta pelos (as) enfermeiros (as) em uma situação singular de isolamento social para evitar transmissão e agravos decorrentes do aumento crescente de casos de covid-19.

Na conexão entre “paciente” e “teleconsulta de enfermagem”, ficou evidente a associação com as palavras “atendimento”, “qualidade”, “muito”, “capacitação”, “possível”, “mais”, “ao”, “bom”. Percebe-se, neste contexto, que os atendimentos demandavam por uma possível melhoria da qualidade da teleconsulta por meio de capacitação dos profissionais de Enfermagem para atuar no território de Tauá-CE.

Na conexão entre “paciente”, “sentir”, “satisfação”, “dúvida” (Figura 1), considerando a centralidade da palavra paciente no halo central, percebeu-se que, na maioria das vezes, a experiência do (da) enfermeiro (a) com a teleconsulta trazia satisfação, exceto em situações que ensejam dúvida quanto à veracidade das informações do paciente fornecidas pelo telefone.

As relações entre as palavras: “paciente”, “experiência”, “sentimentos e emoções” (Figura 1) tiveram uma conexão linear. As experiências relacionais dos atores, profissionais de Enfermagem e pacientes atendidos, suspeitos ou não de covid-19 para consultas clínicas da APS, enfrentaram as barreiras do isolamento social e dos riscos da transmissibilidade do vírus SARS-Cov-2, gerando a necessidade de atendimento por teleconsulta.

Os sentimentos relatados pelos participantes deste estudo - medo, insegurança, apreensão, receio por não estar vendo, examinando o paciente fisicamente, e também o cansaço desse movimento de atendimento por teleconsulta - também foram encontrados em outros estudos. A experimentação de Ferreira *et al.* (2020) corrobora esses achados, quando descreve o uso da teleconsulta relacionada à impossibilidade em realizar exame físico por métodos propedêuticos (palpação, percussão e ausculta), bem como a falta de privacidade para efetivar a consulta e manter o equilíbrio entre as necessidades advindas com a pandemia, com a prestação de serviços para outras demandas da população.

No estudo de Filgueiras *et al.* (2024), identificou-se a percepção dos (das) enfermeiros (as) acerca dos cuidados durante a pandemia da covid-19, como: despreparo na realização da assistência por via do teleatendimento, com a necessidade da utilização de aparelhos pessoais dos enfermeiros para fazer a consulta aos pacientes; inaptidão por parte da gestão (ausência da garantia de insumos, desde aparelhos telefônicos e equipamentos de proteção individual); necessidade de qualificação profissional, desvalorização e falta de reconhecimento, extensas cargas horárias.

Considerações finais

O desenvolvimento do ensaio conduziu a se identificar os principais desafios da teleconsulta com suporte nas experiências vivenciadas pelos (as) profissionais enfermeiros (as) das ESF de Tauá-CE, como: organizar as agendas dos profissionais, incluindo horários para esse atendimento, estabelecer uma comunicação eficaz entre profissional e paciente, disponibilizar equipamentos de qualidade e atingir os objetivos da teleconsulta, em consequência da impossibilidade de efetuar exame físico.

A utilização da teleconsulta revela barreiras para o cuidado de pessoas e famílias, que representam aspectos de passíveis intervenções e aperfeiçoamentos para a gestão e sistemas locais de saúde, tanto relativamente à organização quanto no concernente às práticas.

De tal modo, torna-se necessário readequar o jeito como a teleconsulta é realizada, para que melhores resultados sejam alcançados na assistência aos usuários, tornando a utilização do cuidado remoto como uma tecnologia “leve-dura” que deveria ser adotada de maneira mais ampla, visto que várias demandas são propícias a ser solucionadas, além da redução de gastos, evitando deslocamento dos usuários às unidades de saúde e a falta de tempo, fatores que dificultam, decerto, o acompanhamento dos usuários.

Esses desafios constituem, todavia, uma oportunidade de melhoria, alavancando o estabelecimento do saber na vivência profissional, impulsionando elevação nos padrões assistenciais e estímulo a melhorias tecnológicas. Para o Município da pesquisa, propõe-se a feitura de um mapa, com orientações para a teleconsulta de Enfermagem na ESF como meio de melhoria e facilitação desse instrumento de trabalho.

Referências

ARAÚJO, M. A. N. A.; FILHO, W. D. L. F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, R. D.; SOUZA, J. C.; VIDMANTAS, S. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4716-4725, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/231214>. Acesso em: 6 fev. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 mar. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%20467-20-ms.htm. Acesso em: 6 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 fev. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html. Acesso em: 6 fev. 2023.

CARVALHO, E. C.; SOUZA, P. H. D. O.; VARELLA, T. C. M. M. L.; SOUZA, N. V. D. O.; FARIAS, S. N. P.; SOARES, S. S. S. COVID-19 Pandemia e a judicialização da saúde: um estudo de caso explicativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3354, jun. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/Z9L5sggXdBpqM5bdcywg9xn/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

CELES, R. S.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G.; SANTOS, C. M. L.; CARDOSO, C. A. telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1-8, ago. 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49154>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**. 2013. Rio de Janeiro: **COFEN**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 26 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 634**, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 19 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 696**, de 17 de maio de 2022. Dispõe sobre a atuação da enfermagem na saúde digital, normatizando a telenfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucaocofen-no-696-2022_99117.html. Acesso em: 6 fev. 2022.

CRODA, J. H. R; GARCIA, L. P. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2020002, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2021.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995a.

FILGUEIRAS, T.F; ASSIS, A.E; LIMA, R.M; SILVA, B.G; CARÍCIO, M.R; LEAL, A.S, *et al.* Percepção de enfermeiros acerca dos processos de cuidado durante a pandemia da COVID-19. **Enferm Foco**. 2024;15(Supl 1):e-202416SUPL1. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/percepcao-de-enfermeiros-acerca-dos-processos-de-cuidado-durante-a-pandemia-da-covid-19/>. Acesso em: 17 mar.2024.

GREENHALGH, T.; CHOON HUAT KOH, G.; CAR, J. Covid-19: avaliação remota em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2461, abr. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2461>. Acesso em: 6 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/taua.html>. Acesso em: 6 fev. 2023.

LANA, R. M; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. C.; CRUZ, O. G.; BASTOS, L. S.; VILLELA, D. A. M.; CODEÇO, C. T. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, :e00019620, fev. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/>. Acesso em: 6 fev. 2023.

LINO, M. M.; MACHADO, R. R.; SOUZA, T.H.; AMADIGI, F.R. Enfermagem e Tecnologias Digitais: perspectivas da Educação e práticas de cuidado em Enfermagem. In: ADAMY, E.K.; CUBAS, M.R. (Orgs). **Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem**: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Editora ABen; 2023. 29-36 p. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c4>.

LOPES, O. C. A; HENRIQUES, S. H; SOARES, M. R. I; CELESTINO, L. C; LEAL, L. A. Competências dos enfermeiros na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190145, dez. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, ago. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHnrPT-cBb7Yy/?lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2021

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. D. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 6, p. 70-83, nov. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pq-cVnBdf/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2023.

NG, S. W.; HWONG, W. Y.; HUSIN, M.; AB RAHMAN, N.; NASIR, N. H.; JUVAL, K.; SIVASAMPU, S. Assessing the availability of teleconsultation and the extent of its use in malaysian public primary care clinics: cross-sectional study. **JMIR formative research**, v. 6, n. 5, p. e34485, maio 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35532973/>. Acesso em 4 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease (COVID-19) situation reports**. [S. l.]: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RIBEIRO, M. A.; JÚNIOR, D. G. A.; CAVALCANTE, A. S. P.; MARTINS, A. F.; SOUSA, L. A.; CARVALHO, R. C.; CUNHA, I. C. K. O. (RE) organização da atenção primária à saúde para o enfrentamento do COVID-19: experiência de Sobral-CE. **81 APS em revista**, v. 2, n. 2, p. 177-188, jun. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RICHTER, I. Z; OLIVEIRA, A.M. Cartografia como metodologia: uma experiência de pesquisa em artes visuais. **Paralelo 31**, v. 1, n. 8, jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/paralelo/article/view/13292>. Acesso em: 6 fev. 2023.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria. 2022. Disponível em: <https://www.gbif.org/tool/81287/r-a-language-and-environment-for-statisticalcomputing>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: **Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires [computer software]**. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 6 fev. 2023.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de «gros» corpus et stabilité des «mondes lexicaux»: analyse du «CableGate» avec IraMuTeQ. Em Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles (p. 835-844). Presented at the 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. **JADT**: Liège, 2012. Disponível em: <http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007.

SALVIATI, M.E. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. Planaltina, mar. 2017.

SANTOS, A. B. S.; FRANÇA, M. V. S.; SANTOS, J. L. F. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do ambulatório da comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 169-176, jun. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/120>. Acesso em: 6 fev. 2023

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

CAPÍTULO 3

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE ISOLAMENTO SOCIAL RÍGIDO NA PANDEMIA DE COVID-19

Francisca Karusa Carvalho Barbosa

Carlos Garcia Filho

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Jose Maria Ximenes Guimarães

Introdução

Com o advento do novo coronavírus (SARS-Cov-2), originado na cidade de Wuhan, na China em dezembro de 2019, casos de covid-19 surgiram em praticamente todos os países, inclusive no Brasil, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarado pandemia, constituindo-se um dos maiores desafios da atualidade no campo da saúde pública, impactando, do ponto de vista global e local, nas dinâmicas epidemiológicas, sociais, políticas, econômicas e culturais, demandando do setor saúde a adoção de estratégias rápidas de reorganização da rede de saúde para o enfrentamento dos seus múltiplos influxos (Sarti et al., 2020; Giovanella et al., 2021).

Países onde a Atenção Primária à Saúde (APS) foi precocemente ativada e cujos modelos de organização dos serviços têm no território a base do planejamento das práticas em saúde, a exemplo de Cuba e Uruguai, mostraram resultados mais eficazes com a integração das ações de vigilância em saúde e as de promoção, prevenção e cura (Giovanella *et al.*, 2021).

A pandemia, contudo, teve início no Brasil em meio a uma realidade de crise política, econômica e sanitária, em que a APS vinha vivenciando uma sequência de retrocessos desde o final de 2016 com a aprovação do projeto de emenda constitucional número 95 (PEC/95). Esta congelou os gastos da União com as despesas primárias por 20 anos, incluindo a saúde (Anderson, 2019), e descaracterização pelas mudanças instituídas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017, com a redução da quantidade

dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes, flexibilização de carga horária de profissionais, extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB). Demais disso, houve desincentivos à abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da Atenção Básica (AB) arrimada em número de cadastros, fragilizando o enfoque comunitário, tendo sua lógica de produção do cuidado desarticulada (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

O curso e a gravidade da pandemia fizeram com que muitos governos adotassem intervenções de grande intensidade, como estratégias de isolamento social rígido, a fim de conter a infecção de mais pessoas e reduzir a sobrecarga social da doença e sua mortalidade. As práticas de saúde na AB necessitaram ser reestruturadas para atender grande número de usuários com sintomas gripais, sendo decretada a suspensão de algumas ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de evitar aglomerações e incentivar o isolamento social, comprometendo o vínculo presencial que a equipe tem com a comunidade, especialmente nas visitas domiciliares (Maciel *et al*, 2020).

Em Fortaleza, capital do Ceará, na região Nordeste do Brasil, foi decretado o primeiro período de isolamento social rígido em 5 de maio de 2020, por ser o epicentro, com quase mil mortos por covid-19. Mesmo com início da vacinação em 18 de janeiro de 2021, o isolamento social rígido voltou a ser decretado, em Fortaleza, em 5 de março de 2021, para conter altas taxas de transmissão e a superlotação nos hospitais. (Vieira, 2022). Nesse contexto, as equipes da ESF, seguindo o plano municipal de contingência para enfrentamento do novo coronavírus SARS-Cov-2, se reestruturaram para receber pacientes com quadros suspeitos e confirmados de covid-19, limitando as práticas de saúde da AB à dispensação de medicamentos e maior aprazamento das receitas para pacientes com doenças crônicas e de uso contínuo, consulta de pré-natal e coleta de exames para gestantes, vacinação no posto de saúde e no domicílio e atendimento dos grupos prioritários em situação de emergência clínica (Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2021).

De saída, supõe-se que as práticas de saúde propostas para enfrentamento da pandemia no período de isolamento social rígido na APS tive-

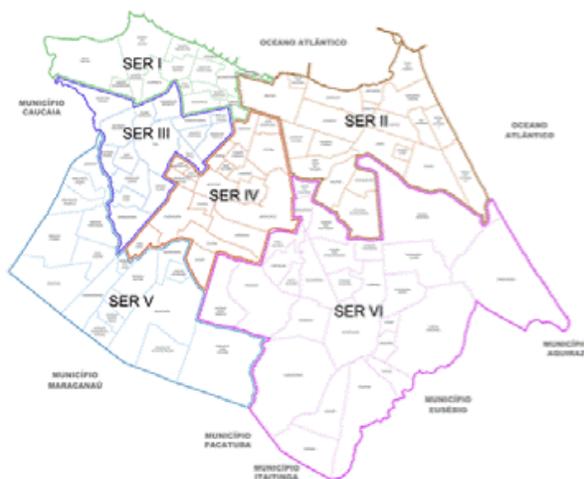
ram direcionalidade curativa e individual, com a garantia do primeiro atendimento e o monitoramento de casos leves (Gonçalves, 2020). Presume-se, também, que a vivência no cotidiano dos profissionais da ESF de Fortaleza aponta reorganização das práticas de saúde, mas que não cobre os choques da pandemia em sua amplitude, demonstrando uma distância entre as recomendações e as necessidades reais das populações em se tratando das ações de promoção, proteção, controle de riscos e soluções das vulnerabilidades provocadas ou acentuadas pelo contexto pandêmico.

No capítulo sob glosa, propõe-se avaliar as práticas de saúde de médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE na realidade de isolamento social rígido na pandemia de covid-19.

Metodologia

Esta é uma pesquisa avaliativa, transversal e com abordagem quantitativa inserida na Atenção Básica no município de Fortaleza, localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km². A população residente na capital é de 2.669.342 habitantes, conforme censo de 2019, equivalente a 29,2% do total populacional do estado do Ceará (9.132.078 habitantes). Fortaleza é a segunda maior cidade do Nordeste e o quinto maior contingente populacional do Brasil e possui a maior densidade demográfica entre as capitais do País, com 8.506,5 hab./km², conforme estimativa de 2019. Possui 121 bairros e 116 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) distribuídos nas seis Secretarias Regionais de Saúde (Figura I), constituindo áreas economicamente heterogêneas, assemelhando-se a um mosaico de contrastes urbanos e desigualdades sociais, observando-se em alguns bairros de melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, bolsões de miséria, nos quais a população está precariamente assentada (Fortaleza, 2021).

Figura 1 - Fortaleza distribuída em seis Secretarias Executivas Regionais de Saúde



Fonte: Secretarias Executivas Regionais/SER de Fortaleza/CE

Os dados registrados pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, referentes ao consolidado das equipes da ESF do mês de outubro de 2021, apontam 475 equipes da ESF, compostas por 448 médicos e 474 enfermeiros, distribuídas nos 116 postos de saúde, cobrindo 60% da população. Desse modo, o contingente é composto pelos 922 profissionais médicos e enfermeiros das equipes da ESF de Fortaleza – CE, que atuaram nas ESF em, pelo menos, um dos períodos de isolamento social rígido na pandemia, nos anos de 2020 e 2021.

O tamanho da amostra foi calculado com o valor da porcentagem de 50% dos profissionais médicos e enfermeiros que atuaram na ESF de Fortaleza nos períodos de isolamento social rígido nos anos de 2020 e 2021. Fixaram-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 17,8% (erro amostral absoluto = 8,9%). Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas ($N = 922$ profissionais), proporcionou uma amostra de tamanho “n” igual 107:

$$n = \frac{z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + z_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

Os critérios de exclusão dos participantes do estudo foram ausência por motivo de férias, licença médica ou licença de saúde durante os dois períodos de isolamento social rígido. A técnica de amostragem foi a não probabilística ou de conveniência, por fazer seleção amostral mais acessível, obtendo informações de maneira fácil e rápida (Vieira, 2016). Foi utilizada a técnica de “bola de neve”, que consiste em recrutar os primeiros participantes e, com suporte neles, gerar uma cadeia de outras pessoas para responderem ao formulário *online*, até que o prazo de coleta ou quantidade máxima de participantes seja atingida ou haja saturação teórica (Flick, 2009).

O instrumento de coleta consistiu em um questionário eletrônico de autopreenchimento, hospedado na plataforma *online* (*Google Forms*), adaptado do módulo II do instrumento de avaliação externa 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que tem como objetivo coletar informações do trabalho da equipe e do cuidado para os usuários (Brasil, 2012b). A escolha dele se deu por ser um instrumento de avaliação já validado no Brasil que trabalha com indicadores quantitativos, conducentes a comparar realidades diferentes (Ferreira; Fam; Silva, 2022).

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2022. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), com o aceite para participar da pesquisa, o questionário ia para a seção de perfil profissional e, em seguida, para seção composta pelos dados das práticas de saúde dos médicos e enfermeiros das equipes da ESF durante o período de isolamento social rígido na pandemia de covid-19, contemplando ainda se havia demanda para as práticas suspensas, a utilização de tecnologias da informação e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade.

Uma das pesquisadoras comparte desta unidade capitular do livro enviou o *link* do formulário eletrônico da pesquisa para os seus contatos e

grupos de *Whatsapp* e solicitou que divulgassem a pesquisa, encaminhando o referido *link* para o *Whatsapp* pessoal e grupos de outros médicos e enfermeiros que atuaram nas equipes da ESF de Fortaleza – CE durante os decretos de isolamento social rígido. Ao final da coleta, remansaram 121 participantes da investigação.

Os dados obtidos pelo questionário foram tabulados no editor de planilhas *Microsoft Excel*. O processamento e a análise dos dados foram realizados por meio do *software SPSS for Windows*, versão 20.0.

O exame dos indicadores aconteceu em duas etapas. 1) Análise descritiva das tabelas elaboradas, revelando o perfil profissional dos participantes da pesquisa de saúde da atenção primária, conforme as porcentagens e números absolutos de cada item que foi respondido. 2) Análise dos gráficos gerados pelo *Google Forms*, contendo as variáveis das práticas de saúde dos médicos e enfermeiros no período de isolamento social rígido, conforme respostas do questionário, fornecendo um panorama sobre o trabalho desses profissionais.

As variáveis foram agrupadas nas seguintes dimensões: perfil profissional, práticas de saúde de médicos e enfermeiros da ESF e demanda/procura das práticas de saúde suspensas nos períodos de isolamento social rígido na pandemia. Confrontaram-se as práticas de saúde recomendadas pelo plano de contingência na AB de Fortaleza no enfrentamento a covid-19, com as práticas de saúde realizadas pelos médicos e enfermeiros, com a literatura e os estudos sobre a temática pertinente à pesquisa, à cata de reflexões sobre o que precisa ser feito para o fortalecimento da APS no contexto emergencial da pandemia.

Informa-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com Parecer n. 5.552.532, estando em conformidade com os princípios que regem a bioética em pesquisa com seres humanos no Brasil.

Resultados

Perfil profissional de médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE

Os participantes foram caracterizados tal como demonstrado na Tabela 1. 83,5% dos participantes são enfermeiros e enfermeiras com a predominância de 85,1% de pessoas do sexo feminino. A média de idade dos participantes é de 44 anos. Perfazendo um índice de 59,5%, estão na faixa etária de 41 a 50 anos, sendo a idade mínima de 25 e a máxima de 60 anos.

Tabela 1 - Perfil profissional dos médicos e enfermeiros das unidades de Atenção Primária à Saúde

Características	N^o	%
Categoria (n=121)		
Enfermeiro (a)	101	83,5
Médico (a)	20	16,5
Sexo (n=121)		
Mulher	103	85,1
Homem	18	14,9
Idade (n=121)		
25 – 40	25	20,7
41- 50	72	59,5
51 – 60	24	19,8
Tempo de atuação na ESF de Fortaleza (ano) (n=121)		
2 – 9	27	22,3
10 – 19	50	41,3
20 – 30	44	36,4
Vínculo empregatício (n=121)		
Cargo comissionado	3	2,5
Contrato CLT	5	4,1
RPA - Recibo por pagamento autônomo	5	4,1

Mais Médicos	9	7,5
Servidor público estatutário	92	76
Servidor público CLT	7	5,8
Titulação máxima (n=121)		
Doutorado	7	5,8
Mestrado	34	28,1
Especialização	62	51,2
Residência	11	9,1
Graduação	7	5,8
Pós-graduação em Saúde da Família (n=121)		
Sim	84	69,4
Não	37	30,6
Regional de Saúde (n=121)		
I	9	7,4
II	10	8,3
III	14	11,6
IV	30	24,8
V	12	9,9
VI	46	38

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação ao tempo de atuação na ESF de Fortaleza, 41,3% têm de dez a 19 anos. Quanto à carga horária semanal, 65,3% trabalham 32 horas nas UAPS, sendo a menor carga de 20 horas e a máxima de 40 horas semanais. 76% dos participantes são servidores públicos estatutários. Em se tratando de titulação, 51,2% têm como titulação máxima a especialização. 69,4% dos participantes possuem pós-graduação em Saúde da Família. De acordo com as Secretarias Regionais de Saúde, a Regional VI teve o maior número de participantes, com 38%, e a Regional I registrou o menor quantitativo, com 7,4%.

Práticas de Saúde de médicos e enfermeiros da ESF durante os períodos de isolamento social rígido na pandemia de covid-19

A Tabela 2, a seguir, mostra ações realizadas pelos participantes nas UAPS durante os períodos de isolamento social rígido da pandemia nos anos de 2020 e 2021. Conforme se verifica, 56,2% planejaram as ações da equipe, 63,6% dos participantes não consideraram a opinião do usuário na reorganização da agenda, 60,3% não realizaram reunião de equipe, 90,9% dos participantes não efetuaram autoavaliação em equipe, contudo, 73,6% efetivaram monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde.

Tabela 2 - Ações realizadas por médicos e enfermeiros nas unidades de Atenção Primária à Saúde durante o isolamento social rígido na pandemia de covid-19

Ações	N^o	%
Planejamento de ações da equipe(n=121)		
Sim	68	56,2
Não	53	43,8
Considerou a opinião do usuário na reorganização dos processos de trabalho (n=121)		
Sim	44	36,4
Não	77	63,6
Reunião de equipe (n=121)		
Sim	48	39,7
Não	73	60,3
Monitoramento e análise de indicadores (n=121)		
Sim	32	73,6
Não	89	26,4

Autoavaliação em equipe (n=121)

Sim	11	9,1
Não	110	90,9

Renovação de receitas sem marcação de consulta (n=121)

Sim	105	86,8
Não	16	13,2

Agendamento para resultado de exames eletivos (n=121)

Sim	9	7,4
Não	112	92,6

Consulta puerperal (n=121)

Sim	13	10,7
Não	108	89,3

Vigilância Alimentar e nutricional (n=121)

Sim	4	3,3
Não	117	96,7

Monitoramento de índices de aleitamento materno e complementar (n=121)

Sim	10	8,3
Não	111	91,7

Tratamento diretamente observado (TDO) (n=121)

Sim	100	82,6
Não	21	17,4

Vigilância de contatos intradomiciliares de tuberculose (n=121)

Sim	43	35,5
Não	78	64,5

Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase (n=121)

Sim	25	20,7
Não	96	79,3

Atendimento a pessoas em sofrimento psíquico (n=121)

Sim	82	67,8
Não	39	32,2

Visita domiciliar de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade (n=121)

Sim	15	12,4
Não	106	87,6

Identificou e mobilizou parceiros e recursos na comunidade para potencializar ações intersetoriais (n=121)

Sim	19	15,7
Não	102	84,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Seguindo as orientações da Secretaria Municipal de Saúde, 86,8% dos profissionais realizaram renovação de receita sem a marcação de consulta, 92,6% relataram não possuir agendamento para resultados de exames eletivos, 89,3% não fizeram consulta puerperal, 96,7% não efetuaram ações de vigilância alimentar e nutricional, 91,7% afirmaram não realizar monitoramento de índices de aleitamento materno e complementar.

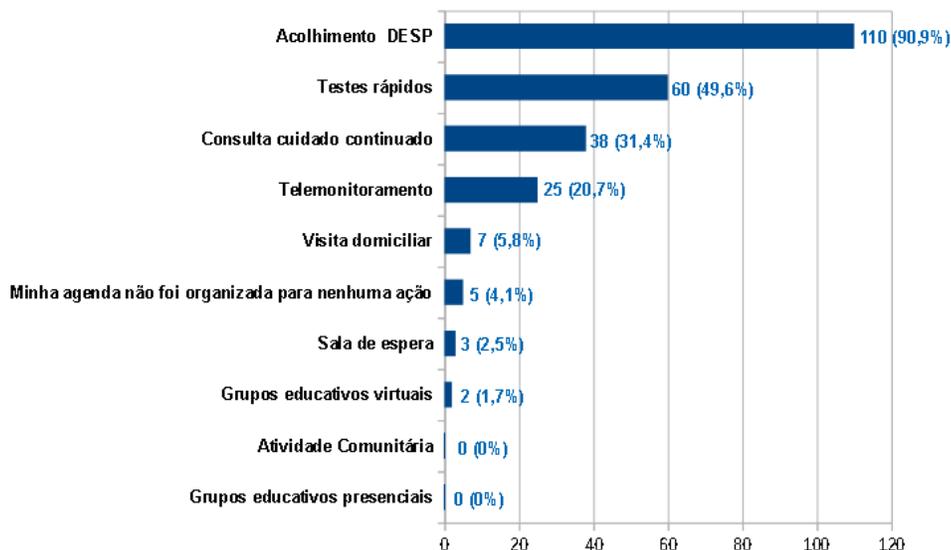
Em se tratando de atendimentos de tuberculose e hanseníase, 82,6% realizaram tratamento diretamente observado no período de isolamento social rígido, no entanto, 64,5% dos participantes do estudo não procederam à vigilância dos contatos intradomiciliares de tuberculose e 79,3% não fizeram vigilância dos contatos intradomiciliares de hanseníase.

No atinente ao atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, os resultados apontam que 67,8% dos profissionais realizaram esse tipo de

atendimento; no entanto, mesmo sendo recomendado pela Secretaria Municipal de Saúde, 87,3% não procederam a visita domiciliar de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade. Verifica-se, também, que 84,3% dos participantes do estudo não identificaram nem mobilizaram parceiros e recursos na comunidade para potencializar ações intersetoriais.

A Figura 2 demonstra o modo como as agendas de médicos e enfermeiros foram organizadas no período de isolamento social rígido. O acolhimento na Demanda Espontânea foi o mais referido pelos participantes, com 90,9%; testes rápidos, com 49,6%; consulta cuidado continuado, com 31,4%; telemonitoramento, com 20,7%; e atividade comunitária e grupos educativos presenciais, sem qualquer percentual, ou seja, zero por cento. Grupos educativos virtuais foram citados, com 1,7% e 4,1% afirmando que a agenda não foi organizada para essas ações.

Figura 2 – Organização da agenda de médicos e enfermeiros no período de isolamento social rígido da pandemia de covid-19

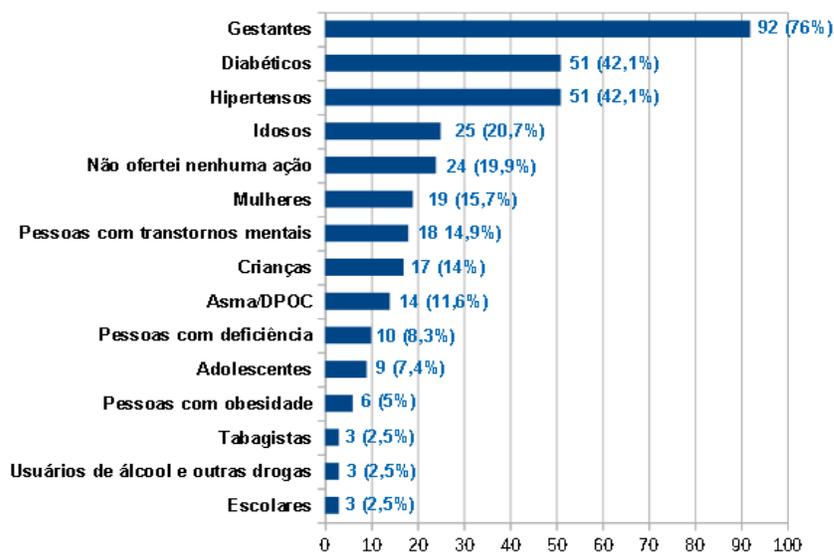


Fonte: Dados da pesquisa.

*Percentual calculado, considerando que o participante tinha mais de uma opção.

Em relação aos grupos que, durante o período de isolamento social rígido na pandemia, receberam ações de saúde por médicos e enfermeiros, de acordo com a Figura 3, o grupo gestante destaca-se, com 76%; hipertensos e diabéticos, ambos com 42,1%; idosos, com 20,7%; mulheres, com 15,7%; pessoas com transtornos mentais, com 14,9%. 19,8% dos participantes da pesquisa afirmaram não ofertar ações para nenhum dos grupos.

Figura 3 – Grupos* aos quais foram ofertadas ações de saúde por médicos e enfermeiros no período de isolamento social rígido da pandemia de covid-19



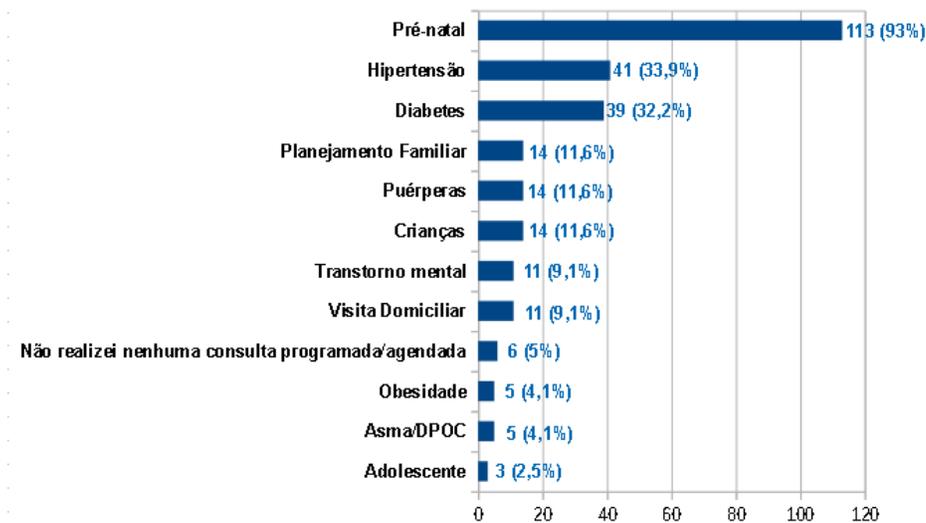
Fonte: Dados da pesquisa.

*Percentual calculado, considerando que o participante tinha mais de uma opção.

A Figura 4 expressa as consultas programadas/agendadas no período de isolamento social rígido. 93% dos entrevistados responderam pré-natal, 33,9% hipertensos e 32,2% diabéticos. Planejamento familiar, puérperas e crianças, com 11,6% cada qual. 5% dos participantes do estudo relataram

não realizar nenhuma consulta programada/agendada. O atendimento ao adolescente foi o menos realizado, com 2,5%.

Figura 4 – Consultas* programadas/agendadas para médicos e enfermeiros no período de isolamento social rígido da pandemia de covid-19

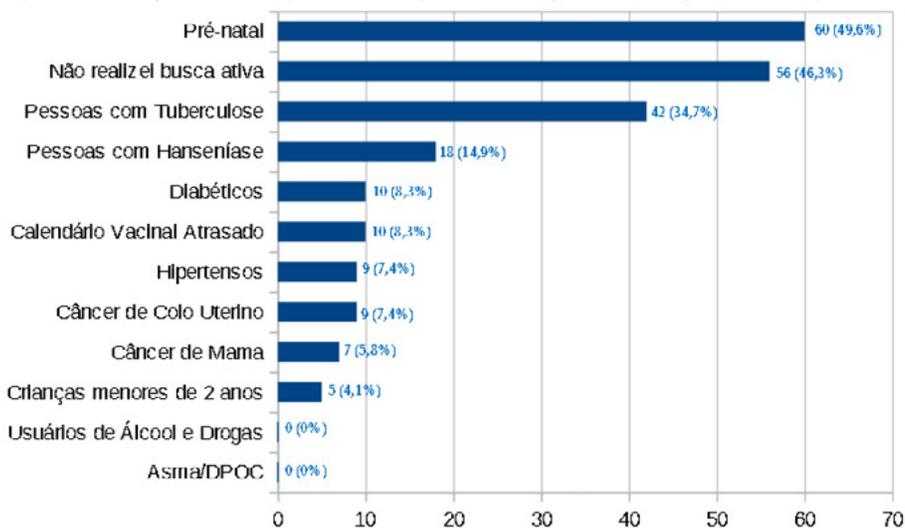


Fonte: Dados da pesquisa.

*Percentual calculado, considerando que o participante tinha mais de uma opção.

Na Figura 5, em relação à procura ativa realizada pelos participantes do estudo, 49,6% afirmam ter efetuado de faltosas no pré-natal, 46,3% não realizaram busca ativa e 34,7% efetivaram de pessoas de tuberculose. Câncer de mama foi citado por 5,8% e câncer de colo uterino por 7,4%. Esses dados necessitam de maior atenção, já que a citologia oncológica e a detecção precoce do câncer de mama ficaram suspensas em todo o período de isolamento social.

Figura 5 – Busca ativa* realizada por médicos e enfermeiros no período de isolamento social rígido da pandemia de covid-19

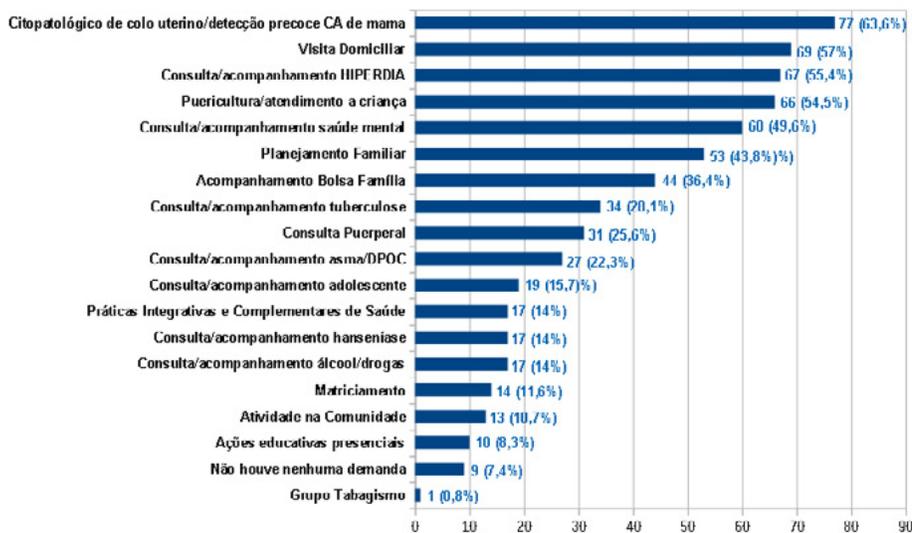


Fonte: Dados da pesquisa.

*Percentual calculado, considerando que o participante tinha mais de uma opção.

Mesmo com a maioria das práticas de saúde suspensas no período de isolamento social, sendo mais restritivas no isolamento social rígido, médicos e enfermeiros participantes do estudo citaram as práticas que mostraram procura/demanda nas UAPS de Fortaleza, conforme é verificado na Figura 6.

Figura 6 – Demanda/procura* dos usuários por práticas de saúde suspensas de médicos e enfermeiros no período de isolamento social rígido da pandemia de COVID-19



Fonte: Dados da pesquisa.

*Percentual calculado, considerando que o participante tinha mais de uma opção.

A maior procura foi do exame de citopatologia de colo uterino/deteção precoce do câncer de mama, com 63,6%, acompanhado pela visita domiciliar, com 57%. A consulta/acompanhamento HIPERDIA teve 55,4%; puericultura/atendimento a criança, com 54,5%; consulta/acompanhamento em saúde mental, com 49,6%; e planejamento familiar, com 43,8%. A menor procura foi pelo grupo de tabagismo, com 0,8%.

O quadro 1 faz um comparativo das adequações recomendadas pela SMS de Fortaleza em ambos os períodos de isolamento social rígido, com o que foi realizado pelos participantes da pesquisa. Está sublinhado o que os médicos e enfermeiros efetuaram de maneira distinta do recomendado.

Quadro 1 – Comparação das recomendações da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza com o que foi realizado por médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza nos períodos de isolamento social rígido na pandemia de covid-19

RECOMENDAÇÕES DA SMS DE FORTALEZA NO PERÍODO DE ISOLAMENTO SOCIAL RÍGIDO		O QUE FOI REALIZADO POR ENFERMEIROS E MÉDICOS
DEMANDA PROGRAMADA	RECOMENDADO	REALIZADO
Pré-natal	-Manutenção dos atendimentos (grupo prioritário);	-Manutenção dos atendimentos (grupo prioritário);
Tuberculose/ hanseníase	-Manutenção dos atendimentos (grupo prioritário);	-Não realizado;
Puericultura	-Suspensão dos atendimentos e agendamentos; -Manutenção do acolhimento de casos agudos; -Acompanhamento de crianças menores de 1 ano remotamente;	-Suspensão dos atendimentos e agendamentos; -Manutenção do acolhimento de casos agudos; -Acompanhamento de crianças menores de 1 ano remotamente não realizado;
Saúde mental	-Dispensação de medicamentos para 60 dias(receituário especial); -Manutenção do acolhimento;	-Dispensação de medicamentos para 60 dias(receituário especial); -Manutenção do acolhimento não realizado;

Atendimentos de clínica ampliada	-Suspensão de atendimentos agendados; -Manutenção de acolhimento;	-Suspensão de atendimentos agendados; -Manutenção de acolhimento não realizado;
Prevenção do CA de útero	-Busca ativa das usuárias com resultados alterados e mulheres com necessidade de nova coleta;	-Não realizada busca ativa nem coleta;
Planejamento Familiar	-Prescrições anteriores com extensão de validade;	-Prescrições anteriores com extensão de validade;
HAS/DM Baixo e médio risco	-Prescrições anteriores com extensão de validade; -Manutenção de acolhimento de casos agudos;	-Prescrições anteriores com extensão de validade; -Manutenção de acolhimento de casos agudos;
HAS/DM Alto e muito alto risco	-Prescrições anteriores com extensão de validade; -Manutenção dos atendimentos (grupo prioritário);	-Prescrições anteriores com extensão de validade; -Manutenção de atendimento não realizado;
PROAICA (Asma/DPOC)	-Prescrições anteriores com extensão de validade; -Suspensão dos atendimentos eletivos; -Manutenção de acolhimento de casos agudos;	-Prescrições anteriores com extensão de validade; -Suspensão dos atendimentos eletivos; -Manutenção de acolhimento de casos agudos;

Visita Domiciliar da equipe	-Realizar visita domiciliar das demandas prioritárias diárias e demandas judiciais;	- Não realizada;
Grupos Operativos	-Suspensão de grupos presenciais;	-Suspensão de grupos presenciais; -Grupos operativos virtuais (1,7%);
Bolsa Família	-Suspensão de atendimentos e agendamentos;	-Suspensão de atendimentos e agendamentos;
ACOLHIMENTO DESP	RECOMENDADO	REALIZADO
Manter 100%	-Equipe de referência para eventos agudos em ambiente diferenciado (programado e espontâneo) -Priorização de atendimentos de Síndrome Gripal e Arboviroses	-Atendimento de Síndrome Gripal (96,7%); -Atendimento de usuários não síndrome gripal (81%); -Atendimento pré-natal no acolhimento(9,6%); -Solicitação de procedimentos, encaminhamentos e exames eletivos no acolhimento (31,4%);
Telemonitoramento	-Não foi citado;	-Foi realizado (20,7%)

Fonte: Elaborado pelos autores 2022.

Discussão

Os resultados da pesquisa mostram que os profissionais de saúde participantes do estudo são, em maioria, do sexo feminino, enfermeiras, com idade média de 44 anos, especialistas em Saúde da Família, servidoras públicas estatutárias, com tempo de atuação superior a dez anos na ESF de

Fortaleza-CE, distribuídas entre as seis Regionais de Saúde, com predominância de profissionais da Coordenadoria Regional de Saúde - IV.

Observa-se que o perfil da amostra quanto a sexo e idade é condizente com outras pesquisas realizadas no Brasil (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, 2020; Simas; Pinto, 2017; Sturmer *et al.*, 2020) e nos Estados Unidos (Rabinowitz; Rabinowitz, 2021), em que a maioria dos profissionais é de mulheres com média de idade de 40 anos, o que significa que as equipes são compostas por profissionais jovens (COFEN, 2020; Sturmer *et al.*, 2020; Treviño-Reyna *et al.*, 2021).

Assim como no estudo que analisou a ESF do estado do Pará durante aplicação da pesquisa de avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB, observou-se que o enfermeiro foi o que mais respondeu às entrevistas dentre os profissionais de nível superior, por ser o profissional responsável pela coordenação e execução de ações de planejamento, monitoramento e avaliação na equipe da ESF (Carneiro e Dias, 2021).

Em relação ao vínculo empregatício, predominou vínculo servidor público estatutário, coincidindo com o estudo de Giovannella e Almeida (2017) para alguns países da América do Sul, como Chile, Guiana e Paraguai, tendo o maior percentual de respostas equivalente ao vínculo estatutário. Para Barbosa *et al.* (2019), os contratos por meio de organizações terceirizadas na saúde não geram estabilidade profissional, por isso são vulneráveis e frágeis, além de impactar na saúde física e psíquica dos profissionais por submetê-los a diferenças salariais, de benefícios e de tratamento, dando ensejo a um fluxo migratório dos trabalhadores da ESF e interfere em um dos princípios da atenção primária, a longitudinalidade, que pressupõe o vínculo ao longo do tempo entre profissionais e usuários e a continuidade do cuidado.

Quanto à pós-graduação, a maioria dos profissionais possui como titulação máxima a especialização em Saúde da Família. Estudo recente identificou a necessidade de capacitação profissional no nível de pós-graduação *lato sensu* e treinamentos no contexto da Atenção Primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família, já que a carência em treinamentos destes profissionais é passível de comprometer, sobremaneira, os princípios e atributos da Atenção Primária (Oliveira; Pedraza, 2019).

Com a pandemia, as práticas de saúde da ESF precisaram se readequar e novas estratégias de cuidado foram traçadas. Essa readequação deveria manter os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, participação social e ampliação da atenção básica, porém as medidas restritivas impostas pelo isolamento social comprometeram o vínculo presencial entre equipe e comunidade (Maciel *et al*, 2020).

Considerando a necessidade de reduzir os aglomerados e deslocamentos da população, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Nota Técnica 1/2020 do dia 17/03/2020, divulgou as primeiras orientações para o período de isolamento social, quando as Unidades de Atenção Primária à Saúde deveriam manter 70% das vagas reservadas para atendimento de demanda espontânea e 30% para demanda programada no período de isolamento social. Para a demanda programada, não deveriam ser suspensos os atendimentos de pré-natal, atendimento individual de pacientes com as condições crônicas que o profissional avaliasse ser indispensável, atendimento para pacientes com receitas vencidas contando mais de um ano de prescrição, tuberculose, hanseníase, atendimento antirrábico, saúde mental, arboviroses, doenças de notificação compulsória, visita domiciliar de situações de maior risco e vulnerabilidade clínica e social, vacinação, bolsa família e demandas judiciais. Orientou, também, que, conforme a necessidade, as UAPS realizariam reuniões de equipe no final do turno da manhã ou início do turno da tarde, com duração máxima de 30 minutos, para organização do trabalho (Fortaleza, 2020).

Mesmo com a adoção de medidas de isolamento social, os boletins epidemiológicos demonstraram um avanço exponencial de casos em todo o Ceará, e com maior concentração em todos os bairros no município de Fortaleza, sobrecarregando todo o sistema de saúde, que já se encontrava no limite de capacidade de atendimento.

O Conselho Nacional de Saúde (2020) recomenda que, quando as medidas de distanciamento social não estão surtindo o efeito desejado, a fim de deixar que o sistema de saúde consiga se recuperar para absorver a demanda da melhor maneira possível, faz-se necessária a suspensão total de atividades não essenciais, com restrição de circulação de pessoas.

Em relação ao planejamento das ações da equipe, os participantes do estudo realizaram reunião de equipe, sem a participação da comunidade, não identificando parceiros e recursos na comunidade para potencializar ações intersetoriais, não efetuando monitoramento nem análise de indicadores, tampouco autoavaliação em equipe.

No período anterior à pandemia, estudos já mostravam que, apesar dos avanços, a participação da população no cotidiano dos serviços pouco tinha influenciado sua organização e formulação de projetos e ações atrelados às necessidades da comunidade (Colomé; Lima; Davis, 2008; Trad; Espiridião, 2009). Outros autores também encontraram uma carência de iniciativas para o planejamento das ações de saúde, resultando em um trabalho parcelado, pouco reflexivo e ancorado na resolução de problemas imediatos, surgidos principalmente do contato da equipe com os usuários que demandavam por atendimentos clínicos não programados (Kawata *et al.*, 2009; Shimizu; Rosales, 2009).

Os profissionais participantes, em maioria, não realizaram o monitoramento e a análise dos indicadores para o planejamento de suas ações, contrapondo a Política Nacional de Vigilância em Saúde, pois as ações de vigilância, além de coletar, consolidam, analisam dados e disseminam informações sobre a saúde da população, instrumentalizando o planejamento de ações com o objetivo de interferir nos condicionantes e determinantes de saúde, para que ocorram a proteção e a promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (Brasil, 2018).

Em relação aos atendimentos programados, os profissionais renovaram receita sem marcação de consulta e não houve agendamento para resultados de exames eletivos. A maioria também não fez consulta puerperal, vigilância alimentar e nutricional, monitoramento de índices de aleitamento materno e complementar, nem visita domiciliar, mesmo sob recomendação da SMS de Fortaleza.

A demanda programada teve, em maioria, os atendimentos suspensos, porém, seguindo as recomendações da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, o pré-natal foi citado no estudo como o atendimento programado/agendado mais realizado por médicos e enfermeiros durante os perío-

dos de isolamento social rígido na modalidade presencial.

As consultas de pessoas com tuberculose e hanseníase, malgrado estarem recomendadas para agendamento e acolhimento, não foram realizadas pelos participantes do estudo em sua maioria, assim como a vigilância dos contatos intradomiciliares de tuberculose e hanseníase. Mesmo com a não realização dessas ações, médicos e enfermeiros responderam que procederam a tratamento diretamente observado, cabendo a investigação, em outro momento, acerca de que maneira ocorreu essa supervisão no período de isolamento social rígido.

As visitas domiciliares não foram realizadas pela maioria dos participantes do estudo, mesmo sendo recomendada a visita de demandas prioritárias diárias e demandas judiciais. Diferentemente das recomendações da SMS de Fortaleza, em algumas cidades brasileiras, como Anápolis, durante a pandemia, determinou-se que as equipes da APS não ofertassem visitas domiciliares para priorizar a demanda direta da UBS, ressaltando o papel do agente comunitário de saúde como identificador de vulnerabilidade, sendo mecanismo para selecionar casos nos quais a visita domiciliar é passível de ser resolutiva (Oliveira *et al.*, 2021).

O atendimento a pessoas em sofrimento psíquico foi realizado, em grande parte, pelos profissionais nas UAPS, porém pouco foi investido em ações educativas e de promoção à saúde para tema.

Os profissionais de saúde ressaltaram que houve demanda/procura na UAPS para todas as práticas suspensas pelos decretos municipais nos períodos de isolamento social rígido da pandemia. Os atendimentos suspensos mais procurados foram o citopatológico de colo uterino e detecção precoce de câncer de mama, visita domiciliar, consulta de acompanhamento para hipertensão e diabetes, consulta e acompanhamento de saúde mental, puericultura e atendimento a crianças, acompanhamento bolsa família, consulta de planejamento familiar, consulta e acompanhamento DPOC/Asma, matriciamento, consulta puerperal, consulta e acompanhamento de tuberculose e hanseníase.

Em tempos de pandemia, mesmo em isolamento social rígido, o

cuidado não há que ser negado, pois contribui para a fragilização do vínculo com os profissionais, ESF e o SUS, porquanto a pandemia é capaz de induzir as pessoas vinculadas ao serviço a deixarem de procurá-lo quando em situação de demandas não covid-19, mesmo com o prolongamento dos períodos de prescrição e dispensação, na tentativa da equipe da ESF em minimizar a circulação de pessoas nos territórios e nas UBS. Isto é capaz de levar à centralização do cuidado no uso de medicamentos e represamento das necessidades de atenção (Frota *et al.*,2022).

Conclusão

A pandemia de covid-19 transforma as práticas de saúde e exige outras modalidades de organização e gestão do cuidado. Na Atenção Primária em Saúde, muitos processos foram interrompidos, visando a dar conta das demandas que emergiram com a doença, afetando a produção do cuidado. O isolamento /distanciamento social foi uma das estratégias mais abordadas, com variações na taxa de isolamento e período de duração para achatar a curva de contaminação e mortes por covid-19.

Nos períodos de isolamento social rígido em Fortaleza, as agendas dos profissionais foram reorganizadas de modo a ampliar o acesso à demanda espontânea. A suspensão desses atendimentos por períodos prorrogados, muitas vezes, configura barreiras de acesso ou ainda agrava as condições de antes da pandemia.

O experimento sob comentário e relação mostrou que existe uma distância entre as recomendações e as necessidades reais dos usuários no sentido das ações de promoção, proteção e controle de riscos e soluções das vulnerabilidades provocadas ou acentuadas neste contexto, pois a reorganização não contemplou as negativas influências da covid-19 em sua amplitude, havendo a demanda para todas as práticas de saúde suspensas. Demonstrou, também, heterogeneidade nas ações em relação ao que foi recomendado pela SMS de Fortaleza, além da pouca realização de ações de promoção da saúde, tanto na UAPS como no território.

O planejamento das ações deve ser incentivado, estabelecido coletivamente e atualizado conforme situação epidemiológica, por intermédio de reuniões de equipes, utilizando informações de saúde de suas microáreas, para que sejam ofertadas práticas de saúde aos mais vulneráveis, aumentando a eficiência e a oportunidade de atuação perante a realidade da pandemia de covid-19.

Fazem-se necessários o envolvimento e o empoderamento da comunidade, com amparo na educação em saúde para o fortalecimento e disseminação de informações sobre medidas de prevenção e identificação precoce de sintomáticos respiratórios.

À Estratégia Saúde da Família caberá, também, abordar problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimentos de agravos crônicos, que exigem cuidados integrados longitudinais. Para que isso aconteça, fazem-se necessários o planejamento baseado em dados, profissionais capacitados, cuidados compartilhados e reorganização dos serviços de acordo com a realidade epidemiológica, pois a APS é resiliente.

Para o controle da pandemia, impende garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando mais processos de trabalho para a vigilância em saúde e para a continuidade da atenção para quem dela precisa.

Em expressas circunstâncias, impende que esses resultados sejam discutidos entre profissionais, gestores e comunidade, para que as ações de saúde sejam mais efetivas. A ESF deve ser fortalecida para que assegure um cuidado integral e equânime, de modo que não haja dissonância entre as necessidades da população e as ações ofertadas. As informações deste ensaio são relevantes e necessárias para a tomada de decisão dos profissionais de saúde e gestores, a fim de que a ESF seja forte, vigilante, capilarizada, resiliente ao contexto da pandemia e fiel aos seus princípios.

Referências

ALVES, A. M. *et al.* Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. e00133221, 2021.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 14, p. 2.180, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)218. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2180/998> Acesso em: 7 maio 2021.» [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)218](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)218)» <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2180/998>

BARBOSA, L. G. *et al.*. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 2019, p. 287-294, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Reso588.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Nota Técnica – Atenção a pessoa com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de COVID-19 (coronavírus)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/04091032-nt-atencao-as-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps.pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

CARNEIRO, P. S. *et al.* Análise do processo de trabalho na atenção primária à saúde em região Amazônica. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 13, p. e015, 2021.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 036**. Ministro Gilmar Mendes. Brasília: 11 maio de 2020. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em: 10 fev. 2023.

ENFERMAGEM em números. Brasília: COFEN, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 27 fev. 2023.

FERREIRA, J. N.; FAM, B. M.; SILVA, K. L. Práticas de avaliação na gestão da atenção básica à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. e320112, 2022.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota técnica: orientações para a organização das escalas de atendimento nas UAPS no período contingencial do CORONAVÍRUS, COVID-19**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

FORTALEZA. **Plano municipal de contingência para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus SARCOV-CoV-2**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/coronavirus/PDFS/Plano-de-Contingencia_24mar2021_atualizacao-MS_revisado_para-publicacao.pdf. Acesso em: 13 maio 2021.

FROTA, A. C. *et al.* Vínculo longitudinal da estratégia saúde da família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 131-151, 2022.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política nacional de atenção básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.7

GIOVANELLA, L. *et al.* Es la Atención Primaria de Salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1-28, e00310142, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/tes/a/CJX9Rs5gSB-JmsMrfwhkdJrL>. Acesso em: 27 maio 2021.

» <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>» <https://www.scielo.br/jj/tes/a/CJX9Rs5gSB-JmsMrfwhkdJrL>

GONÇALVES, Natália C. P. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? **Journal of Management Primary Health Care**, Uberlândia, v. 12, n. 34, p. 1-5, 2020. DOI: 10.14295/jmphc.v12.1028. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1028/950> Acesso em: 28 maio 2021.

» <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1028>» <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1028/950>

KAWATA, L. S. *et al.* O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2009.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2020, v. 25, p. 4185-4195, 2020.

OLIVEIRA, M. M.; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 765-779, 2019.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Visita domiciliar: nova nuance frente a pandemia de Covid 19 - relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 12, p. 113216–113226, 2021.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

RABINOWITZ, L. G.; RABINOWITZ, D. G. Women on the frontline: a canged workforce and the fight against COVID-19. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 96, n. 6, p. 808-812, 2021.

SARTI, Thiago D. *et al* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cp-F7w/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 7 jun. 2021.

» <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>» <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cp-F7w/?lang=pt&format=pdf>

SCHUELER, P. O que é pandemia? São Paulo: **Revista Arca Bio-Manguinhos**, 28 jun. 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-429, 2009.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1.865-1876, 2017.

STURMER, G. *et al.* Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v. 1, n. 12, 2020.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A.. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 557-570, 2009.

TREVIÑO-REYNA, G. *et al.* Employment outcomes and job satisfaction of international public health professionals: what lessons for public health and COVID-19 pandemic preparedness? Employment outcomes of public health graduates. **International Journal of Health Planning Management**, Chichester, v. 36, n. 1, p. 124-150, 2021.

VIEIRA, A. Linha do tempo da Covid-19 no Ceará: relembre os principais fatos de dois anos de pandemia. Fortaleza: **O Povo**, 01 jan. 2022. Disponível em <https://www.opovo.com.br/noticias/ceara/2022/01/01/linha-do-tempo-da-covid-19-no-ceara-relembre-os-principais-fatos-de-dois-anos-de-pandemia.html>. Acesso em: 20 abr. 2022.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CAPÍTULO 4

O TRABALHO ODONTOLÓGICO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

Ester Mary Maia Silva

Liza Barreto Vieira

Introdução

Em dezembro de 2019, surgiu o coronavírus-2 da síndrome respiratória aguda grave (NCoV-2). Embora sua origem ainda seja obscura, tem-se como relato de provável primeira transmissão entre animais e humanos o mercado de frutos do mar de Huanan, em Wuhan, na China, onde um grupo de casos de pneumonia foi estudado. Algumas amostras do trato respiratório inferior, incluindo o fluido bronco alveolar, de pacientes que estiveram no mercado, foram analisadas e o coronavírus foi diagnosticado (Dar-Odeh *et al.*, 2020; Zhu *et al.*, 2020).

Haja vista esses dados iniciais, a pandemia, entretanto, se tornou um problema mais grave desde meados de março de 2020. Assim, tornou-se uma pandemia, criando um problema global de saúde, além de todas as implicações econômicas que advieram da crise. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou-a como um fato de emergência mundial em janeiro de 2020 e identificou a doença que se conhece como covid-19, entretanto, o comitê que propõe a taxonomia das doenças no mundo, Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus, designa o vírus como SARS-Cov-2 (Strabelli; Uip, 2020) (Bhanushali *et al.*, 2020).

Estudos evidenciam que se deve apostar na atenção primária como um serviço de saúde importante na pandemia, graças às suas disponibilidades - como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos suspeitos e leves. Estas configuram estratégias fundamentais tanto para a contenção da doença quanto para o não agravamento das pessoas com coronavírus (Sarti *et al.*,

2020).

Torna-se imperioso observar a melhoria de desempenho no aspecto técnico-assistencial com a ampliação da atividade, que envolve equipes com diversos profissionais e peleja para descobrir o foco no contingente familiar, valorizando o acolhimento, a vinculação com a família, com vistas a ampliar a humanização e promover a orientação da comunidade (Arantes; Shimizu; Merchán Hamann, 2016).

O enfrentamento à pandemia exige esforços de variados agentes, setores da sociedade e, principalmente, da comunidade. A atuação da equipe multiprofissional no manejo dos casos de acometidos e vulneráveis é fundamental para a atuação, tanto na promoção da saúde, quanto na assistência aos pacientes acometidos por Covid-19 e síndrome respiratória aguda grave. As ações de enfrentamento ao novo coronavírus desafiam a APS na elaboração de estratégias que garantam uma atenção ainda mais apurada para os grupos de risco, tais como os idosos e aqueles com hipertensão arterial, *Diabetes Mellitus* e doença cardiovascular prévia (Soares *et al.*, 2011).

Os profissionais da assistência e da saúde são aqueles que possuem maior probabilidade de contaminação e necessitam de mais cuidados com relação aos itens de biossegurança (Herrera-Plasencia; Enoki-Miñano; Ruiz-Barrueto, 2020). Nessa seara, aufere ressaldo a participação e o influxo da Odontologia ante a pandemia de covid-19, já que os cirurgiões-dentistas são considerados componentes de uma das mais arriscadas profissões, em razão das atividades que exercem e do contato direto com o paciente, aproximação com a cavidade oral, além do contato com a saliva e a produção de aerossóis pelos instrumentos de trabalho. Devem os profissionais adotar altos padrões de controle de infecção e decisões clínicas acertadas, a fim de se promover uma estratégia de saúde adequada (Benahmed *et al.*, 2022; Ramos Ramos; Ayca Castro; Condori Quispe, 2022).

Entre as manifestações orais advindas da infecção pelo covid-19, achados relatam que cerca de 41% dos pacientes acometidos experimentaram a sensação de boca seca, enquanto 38,8% demonstraram algumas lesões orais, além de dor orofacial e doenças periodontais. Mais estudos são necessários a fim de se determinar se tais acometimentos não são anteriores

à doença (Qi *et al.*, 2022).

Espera-se, com efeito, que haja um melhor aproveitamento dos cirurgiões-dentistas, em virtude da importância desses profissionais, a fim de contribuir com a integralidade da saúde e melhor modo de vida para a sociedade. Espera-se também que exista um aumento das equipes de saúde bucal nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs), para que uma grande parte da população tenha universalidade e equidade no acesso a um atendimento gratuito e com qualidade (Carneiro; Peixoto, 2021).

De tal modo, ante esse papel de relevo da Odontologia na atenção primária e em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), propõe-se analisar o trabalho do cirurgião-dentista na ESF durante a pandemia, em um município de médio porte da região Nordeste e, também, compreender a importância da atuação desses profissionais para o enfrentamento da covid-19.

Compreende-se que a literatura ainda carece de mais estudos que analisem as influências negativas da pandemia sobre o trabalho do cirurgião-dentista e que as respostas obtidas colaborem com melhores enfrentamentos de futuras crises e com a organização no trabalho atual, a fim de que o cuidado em saúde bucal não sofra de maneira tão pujante. Esta pesquisa torna-se fundamental para a proposição de ações que mitiguem as repercussões dessas mudanças para esses profissionais.

Metodologia

Esta conforma uma demanda acadêmica de teor qualitativo, aquela que respeita a intersubjetividade e a singularidade de cada participante, e é de natureza exploratória (Minayo, 2021). Foi realizada em Horizonte, do Ceará. Este é localizado a 40,1 quilômetros da capital, Fortaleza, sendo um dos 184 municípios do Estado, possuindo um total de 26 unidades básicas de saúde.

Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, baseada em um roteiro elaborado previamente com questões norteadoras.

A entrevista se deu de maneira individualizada e por única entrevistadora, em momentos oportunos, com cada profissional em seu local de trabalho, e cada qual durou, em média, 20 minutos. As gravações foram armazenadas em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados, e as transcrições foram feitas na íntegra. As entrevistas efetivaram-se no período de maio a agosto de 2022.

Para compreender o trabalho do cirurgião-dentista, teve-se o lance de selecionar trabalhadores da ESF, visto que a estratégia é composta por um grupamento multiprofissional e pelo trabalho em equipe, portanto, nada melhor do que entender esse contexto de trabalho na pandemia, ante a percepção dos profissionais da ESF.

Os participantes do estudo foram os cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros das equipes de saúde do município de Horizonte/Ceará e um gestor da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A fim de que participassem da pesquisa, como critérios de inclusão e exclusão dos participantes, entre as profissões já mencionadas, havia a necessidade de que eles trabalhassem há mais de um ano nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). De tal modo, idealizou-se a pesquisa com cinco profissionais de cada área, amostra inicialmente por conveniência, número suscetível de ser ampliado, a depender da saturação das entrevistas.

Realizou-se, então, um sorteio dos participantes e, em seguida, foi feito um contato por meio telefônico, e, em momento oportuno, marcou-se um horário compatível e favorável ao entrevistado para a realização da entrevista.

Utilizou-se o critério de saturação, com a finalidade de se apreender a interpretação mais compatível com as entrevistas obtidas, relacionando-as com a sua significação e representação (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

A opção pinçada para o tratamento dos dados foi a Análise de Conteúdo, proposta pela pesquisadora francesa Laurence Bardin, por se compreender que essa técnica mais se aproxima dos objetivos propostos na pesquisa, haja vista que a conceitualização da Análise de Conteúdo é concebida

de variadas maneiras, tendo em vista a vertente teórica e a intencionalidade do pesquisador que a desenvolve (Bardin, 1977).

Importante é ressaltar que, previamente à entrada em campo, houve o encaminhamento do protocolo de pesquisa para a Comissão de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo aprovado no dia 30/03/2022, sob o Parecer de nº. 5.321.242. Em adição, solicitou-se, junto à Secretaria de Saúde do Município de Horizonte, a devida permissão para efetivar o estudo no Município. Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, sendo assegurados o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não, sendo permitido desistir, em qualquer momento.

Assegurados foram o sigilo das informações e a privacidade dos compartes, protegendo suas imagens e respeitando os valores sociais, culturais, religiosos – e, também, morais - de cada pessoa. Ademais, todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes do início das atividades em campo, procedeu-se uma consulta na Secretaria de Saúde do Município de Horizonte, a fim de estabelecer os profissionais que se enquadravam nos requisitos desta perquisição universitária com teor de sentido estreito.

Resultados e Discussão

Caracterização dos participantes

Após a análise e o tratamento de dados das entrevistas, chegou-se, por meio de saturação teórico-empírica, a 16 entrevistas individuais, sendo cinco profissionais de cada categoria e o gestor da ESF.

Dentre os entrevistados, apenas cinco foram do sexo masculino e 11 do feminino. A média de atuação dos profissionais é de 11 anos no Município, sendo essa inferior entre os médicos, que possuem sete anos, aproximadamente. Os entrevistados possuem em média 43 anos de idade. Ob-

serva-se que, entre os profissionais entrevistados, apenas dois dos médicos são membros efetivos do Município. Entre as outras categorias, a totalidade dos entrevistados é de funcionários concursados do município de Horizonte. Dois profissionais possuem mestrado em Saúde Coletiva, um detém diploma de mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, oito têm especialização em Saúde da Família, dois deles possuem especialização em Endodontia, um deles especialização em Pediatria, outro retém certificação de especialização em Nutrologia, enquanto mais um tem especialização em Saúde Coletiva.

Da análise do material transcrito, quatro categorias temáticas emergiram:

- 1) atuação e potencialidades do cirurgião-dentista na pandemia;
- 2) dificuldades da atuação do cirurgião-dentista durante a pandemia;
- 3) cirurgião-dentista como membro da equipe de saúde e importância das suas atribuições no enfrentamento da pandemia; e
- 4) posicionamento da gestão na inserção do cirurgião-dentista no enfrentamento da covid-19.

Tais categorias são explicitadas a seguir.

Atuação e potencialidades do cirurgião-dentista na pandemia

A pandemia afetou diversas áreas da sociedade. No âmbito da saúde, várias consequências físicas, psicológicas e orais foram observadas. A saúde oral teve alteração no âmbito periodontal, no aumento de cáries e vários casos de xerostomia foram relatados (Afrashtehfar *et al.*, 2023). Estudo em pacientes acometidos pelo vírus da covid-19 evidenciou um acúmulo de placa gengival e uma maior gravidade nas doenças periodontais, sendo, de tal modo, a higiene oral por demais importante para os pacientes acometidos pela doença (Gujar *et al.*, 2022).

Assim, sendo a cavidade oral um dos meios de transmissão do vírus, mostra-se ímpar a necessidade de que os cirurgiões-dentistas auxiliem no combate à sua propagação, principalmente da higiene bucal em paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Em adutamento, a conscientização das medidas de higiene é passível de reduzir, sobremaneira, a taxa de transmissão da doença (Alsulami *et al.*, 2023).

Entre as potencialidades de atuação do cirurgião-dentista no enfrentamento da pandemia, acredita-se que o profissional é habilitado a ajudar os demais membros da equipe nos casos em monitoramento da doença, realizando o acompanhamento da sensação gustativa, que é perdida em alguns casos entre os adoecidos, atuando diretamente no que parece ser uma das alterações bucais da covid-19, sendo dado, também, atuar no auxílio de notificações, bem como nas ações epidemiológicas (Carletto; Santos, 2020).

Em ultrapasado isto, *exempli gratia*, evidencia-se a contribuição do profissional para a gestão, no sentido de capacitar e manipular equipamentos de proteção individual (EPIs), haja vista a maior proximidade dessa categoria com os diversos EPIs no seu dia a dia, e, ainda, a realização de exames para a detecção da covid-19, tanto testes rápidos quanto *swabs* (Carletto; Santos, 2020).

Entre as tecnologias de trabalho, a tecnologia leve da educação em saúde, aquela em que se tem a constituição de vínculo entre trabalhador e usuário (Merhy *et al.*, 2007), é evidenciada no discurso do entrevistado como possibilidade de ser utilizada para a promoção da saúde e ajuda à prevenção da covid-19.

[...] Mas ele poderia ser usado na parte de educação em saúde, né? Fazer uma palestra aqui de como prevenir o contágio, né? E identificar os casos precocemente, né? Divulgar sinal de alerta, né? Poderia fazer uma triagem grosseira lá fora, um trabalho que a enfermeira fazia, ele poderia esse trabalho com a enfermeira, né? Fazer uma triagem nem que seja grosseira, uma classificação de risco, que não precisa ser enfermeiro e médico pra fazer isso, um profissional de saúde treinado poderia fazer isso aí, né? Acolher o paciente no primeiro momento, fazer essa classificação direcionar o passo seguinte mais adequado, né? Eu acho que poderia ter feito isso (Médico 5).

Não obstante a infinidade de possibilidades de atuação do cirurgião-dentista, tais profissionais mantiveram-se inicialmente afastados de quaisquer atividades, retornando em seguida com atendimentos de urgência e emergência, como se observa no discurso do entrevistado. “[...] Então

compulsoriamente a gente foi afastado, mas posteriormente quando a coisa foi tomando mais conhecimento, mais para o momento da segunda onda, o dentista foi sendo inserido no processo de trabalho de atender paciente de COVID”. (Cirurgião-dentista 5).

A indicação de atendimento de urgência foi prevalente nos discursos dos entrevistados, quando questionados acerca de sua atuação no período pandêmico. “[...] Exatamente porque os dentistas estavam atendendo muita urgência, emergência, acabava que eles achavam que eles perceberam que os municípios não estavam conseguindo realizar os procedimentos dos dentistas” (Cirurgião-dentista 1).

Importante sobra evidenciar que tal realidade não se reduz à realidade nacional, pois, em estudo realizado nos Estados Unidos da América do Norte, nos estados da Georgia e de Nova Iorque, que procurava observar a mudança de atendimentos odontológicos de março a agosto de 2020, em comparação ao mesmo período do ano de 2019, conclui-se que o único procedimento que não teve diferença de percentual foi a prescrição medicamentosa. Muitos estudos ainda se fazem necessários a fim de que se estabeleça um prognóstico acerca do agravamento de condições odontológicas durante o período pandêmico (Qi *et al.*, 2022).

Experimento levado a efeito na região Sul do Brasil concluiu que a atuação dos cirurgiões dentistas durante o período pandêmico se mostrou modesta entre os profissionais com os modelos de *fast-track* incluídos pelo Ministério da Saúde, bem assim com o uso da teleodontologia. Em soma, observou-se uma procura por informações em meios não oficiais acerca da disseminação da doença e das medidas a serem perfilhadas pelos profissionais (Warmling *et al.*, 2023).

A teleodontologia foi utilizada como experiência na Faculdade de Odontologia da Universidade de Iowa, durante o período pandêmico, como um meio de auxiliar as emergências odontológicas. O estudo obteve uma satisfação excelente pela maioria dos usuários. A experiência descrita assinala, ainda, que tal ferramenta é excelente na priorização de atendimentos e que

os autores pretendem aderir ao sistema de modo permanente (Gasparoni; Kanellis, 2020).

Em relação ao emprego da Odontologia no estado do Paraná, num estudo realizado de agosto a outubro de 2020 com cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal, houve uma disparidade entre os serviços públicos e particulares. Os profissionais do serviço oficial suspenderam atendimentos eletivos, evitaram aerossóis; já os particulares se utilizaram mais da teleodontologia (Pacheco *et al.*, 2022). Outro ponto mencionado nos discursos está nas dificuldades dessa atuação, o que se pretende compreender a seguir.

Dificuldades da atuação do cirurgião-dentista durante a pandemia

Entre as dificuldades apontadas para a atuação durante o período pandêmico, há o medo e a insegurança como fatores apontados. Torna-se ímpar destacar, ainda, o fato de que, durante tal período, existe a necessidade do enfrentamento, não só da covid-19, mas também das enfermidades e demais problemas de saúde que advêm do vírus (Giovanella *et al.*, 2020). “[...] Assim eu acho também um medo né? No início foi muito a história do medo que era muito grande né? Eu fiquei com crises de pânico. (Cirurgião-dentista 3).

Além da sensação de medo e ansiedade, que se mostrou elevada entre os cirurgiões-dentistas, teve-se o lance de observar, também, sinais de tristeza e preocupação, e, ainda, um sentimento de raiva, de moderado a intenso, entre os profissionais, o que é capaz de influenciar, negativamente, na atuação clínica. Expressos achados foram identificados pelos profissionais dos mais diversos países (Salehiniya; Hatamian; Abbaszadeh, 2022).

Investigação levada a efeito com cirurgiões-dentistas da Turquia e da Polônia demonstram que tais profissionais foram afetados pela ansiedade durante a pandemia. Há relatos de que os poloneses sofreram um pouco mais com tal condição, o que tenta ser explicado pela maior taxa de transmissão em tal país e pela falta de bloqueio sanitário, diferentemente do que ocorreu na Turquia. Desse modo, percebe-se que nos mais diversos

continentes a ansiedade foi um fator preocupante para os profissionais (Olszewska-Czyz; Sozkes, 2022).

A insegurança acerca do tratamento se estendeu ainda aos pacientes que também se sentiram ansiosos em decorrência das mudanças, como o distanciamento e o isolamento social. Ensaio peruano demonstrou uma relação diretamente proporcional entre a ansiedade com o atendimento odontológico durante a pandemia da covid-19 e o desinteresse relativo à saúde bucal (González Azaña *et al.*, 2021). A pandemia evidenciou o aspecto vulnerável do serviço odontológico, com enorme risco de contaminação e de infecção cruzada. Ademais, o período pandêmico, com a restrição dos atendimentos, aprofundou a desigualdade e as iniquidades da saúde bucal, o que vai produzir, ainda mais, uma dificuldade no período pós-pandêmico no tentamen de se reorganizar a demanda que não foi atendida (Vasco *et al.*, 2023).

A falta de equipamentos de proteção foi talvez a mais relevante e discutida preocupação dos profissionais na área da saúde, haja vista a impossibilidade de se atuar sem a correta utilização dos equipamentos de proteção, já que sem eles o risco de contaminação dos profissionais e da disseminação do vírus se torna preocupante (Carletto; Santos, 2020). “[...] Foi a falta do EPI, foi a falta do protocolo o povo batendo na porta, eu acho que foi tudo um pouco. Tudo um pouco. A falta de EPI com certeza por que queriam muitas vezes enfiar a goela lá dentro que a gente usasse a máscara tal, mas a máscara não era nos conformes da ANVISA e tal né? Não era apropriada” (Cirurgião-dentista 2).

Soma-se a isso a visão de que inexistiu colaboração por parte da gestão no acompanhamento das atividades e na reinserção dos profissionais nas unidades. Uma coordenação para gerir a pandemia de maneira nacional, no sentido de mudar algumas atividades da Atenção Primária a Saúde (APS) durante a pandemia, não existiu, acarretando, com sua ausência, inúmeras dificuldades para a ESF. Além de não se ter a quantidade necessária de equipamentos de proteção, faltava clareza na necessidade de atuação que esse nível de assistência deveria assumir, além de poucas orientações em relação ao vírus propriamente dito (Silva *et al.*, 2021).

Um estudo realizado no estado da Paraíba constatou uma baixa produtividade das ações preventivas, individuais e coletivas durante o período da pandemia, o que é explicado pelo período enfrentado, mas também evidencia um despreparo do serviço para atuar em emergências e de se adaptar às novas realidades (Simão de Abrantes *et al.*, 2022).

Entende-se que a pandemia afetou de maneira significativa o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas e que ações e prevenções de caráter psicológico devem ser implementadas a fim de que se possa mitigar o impacto a longo prazo do efeito que a pandemia provocou (Bsoul; Challa; Loomer, 2022). Além dessas dificuldades, coaduna-se com a perspectiva da atuação do cirurgião-dentista a sua inclusão como membro da equipe a fim de que se colabore e mitigue os impactos da pandemia, o que se compreende em seguida.

Cirurgião-dentista como membro da equipe de saúde e importância das suas atribuições no enfrentamento da pandemia

Quando se trata do cirurgião-dentista como membro da equipe de saúde e importância das suas atribuições no enfrentamento da pandemia, percebe-se nos discursos que ainda há um longo caminho a ser percorrido dentro da ESF para que esse trabalho seja concretizado. A tarefa em equipe entre as profissões é um modo de trabalho de coletivo que se dá de maneira recíproca entre relações técnicas e intercâmbio dos profissionais envolvidos (Peduzzi *et al.*, 2020). “[...] Não só de agora e não só por esse momento da covid. Mas eu acho que sempre existiu essa separação da gente. É como se a gente não fizesse parte da saúde, né? Como que ali é a saúde e aqui é a Odontologia”. (Cirurgião-dentista 4).

O trabalho em equipe é fruto de uma boa relação entre os profissionais, e para tanto um elemento fundamental é o diálogo. Com suporte nele, tem-se o passo inicial para o consenso que leva à prática comunicativa. Nos discursos em que se observa uma inter-relação dos profissionais, em que há esse diálogo, nota-se, também, que o sentimento de pertencimento é maior (Araújo; Rocha, 2007).

[...] Aqui tudo que a gente resolve, que a gente decide é compartilhado com ele (dentista). Até por conta desses dados agora que a gestante tem que passar do previne Brasil tem que passar pelo menos em uma consulta odontológica e quando a gente não acha gestante, a gente fala com ele pergunta se ele atendeu. A enfermeira faz todo esse intercâmbio e sempre ele (dentista) participou das atividades só tudo. Tudo assim, a gente compartilha aqui. Eu acho que é porque a nossa equipe também é bem diferenciada (Médico 3).

Um relato da experiência das unidades de saúde do interior da Bahia mostrou a importância do cirurgião-dentista, bem como o seu potencial de atuação na APS, além da infinidade de habilidades que eles desenvolvem e acrescentam na promoção da saúde, fugindo dessa ideia de que só pode atuar no consultório odontológico. De tal sorte, evidencia-se que a contribuição junto aos demais profissionais da equipe foi importantíssima para o enfrentamento da covid-19 (Rodrigues, 2021).

[...] Uma boa contribuição, com certeza, pois se percebeu que dá pra participar de alguma maneira dá. Fazendo preenchimento numa notificação, a GAL, pois aquilo é muito importante porque é muito papel, é muita coisa pra digitar é muita coisa pra fazer, então dá pra participar dá pra fazer sempre, né? Então acho que abriu bastante a participação (Enfermeira 3).

Quando se trata da essencialidade da saúde bucal durante o período pandêmico, algumas lições são apreendidas, quais sejam, a de que o serviço de saúde bucal deve estar sempre inserido nos serviços essenciais. Além disso, que se deve definir quais são os serviços essenciais e urgentes na saúde oral, criadas por meio de critérios e evidências clínicas (Benzian *et al.*, 2021). Uma atuação interessante ocorreu no sul da Bahia, em que discentes e docentes do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia auxiliaram no combate à violência infantil durante a pandemia por meio de mecanismos virtuais. A promoção da saúde bucal por meio de palestras, construção de cartilhas, tanto sobre a saúde oral, quanto sobre as

questões de violência, tornou-se um canal de comunicação entre a população e os demais profissionais envolvidos que participaram das intervenções. A estratégia se mostrou inovadora e firmou vínculo entre os profissionais e a sociedade, ampliando a atuação da Odontologia e reforçando a importância ímpar da multidisciplinaridade nos mais diversos âmbitos do sistema de saúde (Fernandes Silva *et al.*, 2023). Por fim, dentro da análise, destaca-se o papel da gestão e da organização do sistema de saúde para o enfrentamento do vírus, com o intuito de mitigar a devastação e o número de internamentos e óbitos advindos com a pandemia.

Posicionamento da gestão na inserção do cirurgião-dentista no enfrentamento da covid-19

Quando se observa o posicionamento da gestão na inserção do cirurgião-dentista no enfrentamento da covid-19, compreende-se que a gestão dos municípios também enfrentou problemas. Deduz-se que a falta de condução das três esferas foi um problema enfrentado, com a ausência dessa atuação tripartite que levou a uma apropriação insuficiente da APS no enfrentamento da pandemia (Silva *et al.*, 2021).

Os entrevistados, entretanto, demonstraram a ausência da atuação da gestão para com a reorganização do seu trabalho. Alguns relatos demonstraram, inclusive, que os profissionais formaram uma comissão com o intuito de pedir um suporte maior e com a finalidade de reorganizar o atendimento, mas que não foram atendidos pela gestão. Destarte, os discursos são no sentido de carência e de uma sensação de abandono desses profissionais durante o período pandêmico.

[...] A gente não teve nenhum acompanhamento da gestão, né? A gente começou aqui fazendo isso, mas a gente questionava um pouco assim, porque a gente sabia que era pouquíssimos postos que estavam fazendo né? Então, a gente não sabia bem quem estava e quem não estava fazendo. Mas assim a gestão em nenhum momento ela disse nada. Ela tem que fazer no co-

meço e realmente ela não disse tem que fazer isso e tem que fazer aquilo né? (Cirurgião-dentista 2).

Salienta-se haver-se observado, em países que investiram numa coordenação do sistema de saúde, com gerenciamento, organização, qualificação dos profissionais, a pandemia possuiu menor potencial devastador, tais como em Portugal, Turquia, Austrália e Coreia do Sul, por exemplo. A gestão e o processo de reorganização do trabalho envolvem diversos atores e categorias, além de que as realidades políticas, econômicas e culturais são diferentes, devendo a atuação dos gestores ser mais aprofundada a fim de que se estabeleçam melhores comparações. Um estudo no Peru identificou maiores dificuldades de atuação nos países com menores rendas *per capita* (Sigua-Rodríguez et al., 2020; Vasques *et al.*, 2023). Nos Estados Unidos da América, estudos demonstraram que, mesmo com a disseminação global do vírus, as áreas com maiores desigualdades sociais e iniquidades sofreram de maneira mais incisiva os efeitos da pandemia. Com efeito, pessoas que ficaram desempregadas ou em piores condições sanitárias sofreram mais propensas às exposições virais (Brian; Weintraub, 2020).

No Brasil, o financiamento para os serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia mostrou-se insuficiente, o que interferiu na alocação de melhores recursos para o sistema de saúde, tanto nos anos de 2020 quanto em 2021. A gestão tripartite para o combate à pandemia descumpriu diretrizes do Sistema Único de Saúde, conduzindo a uma gestão com resposta negativa e morosa aos problemas enfrentados (Funcia *et al.*, 2022).

Importante é salientar que, diante do ocorrido na pandemia, como forma de uniformizar ações futuras, sugere-se a elaboração de um plano de contingência para as situações sanitárias pandêmicas, que envolva desde a formação de grupos de trabalho até a utilização da teleodontologia nesse processo, a fim de facilitar a saúde bucal em diversos serviços. Mais pesquisas na área precisam ser realizadas e outras experiências necessitam ser comparadas às encontradas aqui, a fim de que se achem as melhores respostas para as próximas crises que possam ocorrer.

Com a Política Nacional de Saúde Bucal, procurou-se maior inserção do cirurgião- dentista na Estratégia de Saúde da Família. A política é desa-

fiadora, nova, e o País passou por alguns anos de instabilidade no cenário político. Destarte, conforme os obstáculos observados, a política se mostra inovadora e alcançou bons resultados com o Brasil sorridente e a inserção da saúde bucal de maneira universal (Cayetano et al., 2019). Tais resultados, entretanto, foram prejudicados pelo período pandêmico, com a alteração do trabalho do cirurgião-dentista, que, por um período significativo, se restringiu ao atendimento de urgência. Percebe-se que a política que outrora necessitava de maior engajamento a fim de se fortalecer sofreu de maneira pujante, requerendo atualmente um processo ainda maior para seu restabelecimento e fortalecimento.

Não se tem a pretensão de esgotar aqui o assunto proposto por esta pesquisa. Pelo contrário, tem-se consciência de que este foi somente mais um ponto para maiores aprofundamentos e discussões sobre o tema da prática do cirurgião-dentista na ESF durante a pandemia. Muito ainda se tem a investigar nesse sentido, de tal sorte que todas as contribuições serão válidas nessa elaboração atual e para uma atuação de modo mais efetivo em crises futuras.

Forças e limitações do estudo

Os entrevistados foram de várias categorias, não se limitando apenas aos cirurgiões- dentistas, o que possibilitou uma ampla visão do processo de trabalho, de forma multidisciplinar e visando ao contexto da Estratégia de Saúde da Família de modo mais abrangente.

Entre os entrevistados, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, gestor e dois médicos possuíam vínculo efetivo por serem funcionários públicos. Assim, o estresse advindo do período pandêmico com a preocupação com a perda de carga de trabalho, não deve ser considerada. Algumas limitações são apontadas nesta pesquisa, tais como: o lapso para a realização das entrevistas é capaz de ter gerado alguma perda de lembrança fidedigna dos fatos; a limitação encontrada foi a conciliação da marcação do horário das entrevistas, principalmente com a classe médica.

Ressalta-se que esta pesquisa avalia o processo de trabalho de cirurgiões-dentistas durante a pandemia em município de médio porte, o que limita os achados para municípios maiores, de porte grande, visto que a dimensão e os impactos da pandemia podem ter sido maiores, acarretando outras situações e dificuldades no processo de trabalho.

Considerações Finais

Os cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família foram considerados atores importantes, ao serem incluídos na coleta de testes e na organização dos processos logísticos no combate à covid-19. Diversos fatores foram apontados como dificultadores do processo de trabalho, como a falta de equipamentos de proteção, ausência de informações, ausência de protocolos e uma atuação frágil da gestão.

Tais constatações são imprescindíveis para a reorganização do processo de trabalho e, também, para o enfrentamento desta e de futuras crises sanitárias, salientando-se que estudos futuros são necessários para a melhor compreensão do fenômeno.

Referências

AFRASHTEHFAR, K. I. *et al.* Consequences of COVID-19 and Its Variants: Understanding the Physical, Oral, and Psychological Impact. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 4, p. 3099, 10 fev. 2023.

ALSULAMI, M. *et al.* An outlook on dental practices to avoid the oral transmission of COVID-19. **Microorganisms MDPI**. 1 jan. 2023.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016.

ARAÚJO, M. B. DE S.; ROCHA, P. DE M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455–464, abr. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Lições, 1977. v. 70.

BENAHMED, A. G. *et al.* Improving safety in dental practices during the COVID-19 pandemic. **Health and Technology**, v. 12, n. 1, p. 205–214, 1 jan. 2022.

BENZIAN, H. *et al.* Pandemic considerations on essential oral health care. **Journal of Dental Research**, v. 100, n. 3, p. 221–225, 1 mar. 2021.

BHANUSHALI, P. *et al.* COVID-19: Changing trends and its impact on future of dentistry.

International Journal of Dentistry, v. 2020, 2020.

BRIAN, Z.; WEINTRAUB, J. A. Oral health and COVID-19: increasing the need for prevention and access. **Preventing Chronic Disease**, v. 17, 1 ago. 2020.

BSOUL, E. A.; CHALLA, S. N.; LOOMER, P. M. Multifaceted impact of COVID-19 on dental practice: american dental care professionals prepared and ready during unprecedented challenges. **Journal of the American Dental Association**, v. 153, n. 2, p. 132–143, 1 fev. 2022.

CARLETTO, A. F.; SANTOS, F. F. DOS. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

CARNEIRO, C. D. A.; PEIXOTO, S. S. Impactos da COVID-19 nas produções das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e598101220826, 2 out. 2021.

CAYETANO, M. H. *et al.* política nacional de saúde bucal brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história, aprendizados e futuro*. **Universitas Odontologica**, v. 38, n. 80, 6 abr. 2019.

DAR-ODEH, N. *et al.* COVID-19: present and future challenges for dental practice. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 9, p. 3151, 30 abr. 2020.

FERNANDES SILVA, B. *et al.* Assistência on-line do cirurgião-dentista no enfrentamento da violência infantil durante a COVID-19. **Revista Extensão em Foco Palotina**, n. 30. p. 277–289, 2023.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17– 27, jan. 2008.

FUNCIA, F. *et al.* Análise do financiamento federal do sistema único de saúde para o enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 263–276, abr. 2022.

GASPARONI, A.; KANELIS, M. Covid-19 and dental emergencies: reflections on teledentistry. **Brazilian Dental Science**. São José dos Campos: Unesp, 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020.

GONZALES-AZANA, LA *et al.* Ansiedad e indiferencia en la atención odontológica durante la pandemia COVID-19. **Av Odontostomatol**, Madrid , v. 38, n. 3, p. 91-96, sept. 2022 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852022000300002&lng=es&nrm=iso>. ac-

cedido em 15 enero 2025. Epub 05-Dic-2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852022000300002>.

GUJAR, D. *et al.* **ORIGINAL RESEARCH Exploring the correlation between covid-19 and periodontal diseases – An original research**, 2022.

HERRERA-PLASENCIA, P. M.; ENOKI-MIÑANO, E.; RUIZ-BARRUETO, M. A. Risks, contamination and prevention against covid-19 in dental work: A review. **Revista de Salud Publica**, v. 22, n. 5, 2020.

MERHY EE, CHAKKOUR M, STÉFANO E, STÉFANO ME, SANTOS CM, RODRIGUES RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, EE; ONOCKO, R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MINAYO, M. C. DE S. Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 9, n. 22, p. 521–539, 31 dez. 2021.

OLSZEWSKA-CZYŻ, I.; SOZKES, S. Anxiety levels among polish and turkish dentists during the COVID-19 Pandemic. **Healthcare** (Switzerland), v. 10, n. 2, 1 fev. 2022

PACHECO, E. C. *et al.* Adequação dos serviços odontológicos do Paraná no enfrentamento da Covid-19: um estudo transversal. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1045–1062, dez. 2022.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. suppl 1, 2020.

QI, X. *et al.* Oral health conditions and COVID-19: A systematic review and meta-analysis of the current evidence. **Aging and Health Research**, v. 2, n. 1,

p. 100064, mar. 2022.

RAMOS RAMOS, A. J.; AYCA CASTRO, I. D. R.; CONDORI QUISPE, W. W. consideraciones para la atención odontológica durante la pandemia de la COVID-19. **Revista Odontológica Basadrina**, v. 6, n. 1, p. 47–62, 20 jan. 2022.

RODRIGUES, L. P. Práticas do cirurgião-dentista no enfrentamento da COVID-19 na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e39810515059, 10 maio 2021.

SALEHINIYA, H.; HATAMIAN, S.; ABBASZADEH, H. Mental health status of dentists during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Health Science Reports**. John Wiley and Sons Inc, 2022.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 0, maio 2020.

SIGUA-RODRÍGUEZ, A. *et al.* COVID-19 y la Odontología: una revisión de las recomendaciones y perspectivas para latinoamérica COVID-19 and dentistry: a review of recommendations and perspectives for latin americaInt. **J.Ontomat**.

SILVA, W. R. DE S. *et al.* A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, jan. 2021.

SIMÃO DE ABRANTES, R. *et al.* Pandemia pela COVID-19 e a prevenção odontológica no SUS: impactos e reflexões após dois anos COVID-19 pandemic and dental prevention in SUS: impacts and reflections after two years. **Euro-pub Journal of Health Research**. 2022

SOARES, F. F. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3169– 3180, jul. 2011.

STRABELLI, T. M. V.; UIP, D. E. COVID-19 e o Coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2020.

VASCO, M. D. *et al.* Serviços odontológicos na pandemia da COVID-19: Uma revisão de síntese da produção científica. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e25612240295, 10 fev. 2023.

VASQUES, J. DA R. *et al.* Organização dos sistemas de saúde no enfrentamento à covid-19: uma revisão de escopo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, p. 1, 10 fev. 2023.

WARMLING, C. M. *et al.* Impact of the COVID-19 Pandemic on the Oral Health Workforce: A Multicenter Study from the Southern Region of Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 2, 1 jan. 2023.

ZHU, N. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727–733, 20 fev. 2020.

CAPÍTULO 5

INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE VIGILÂNCIA EPI- DEMIOLÓGICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO

*Aurileide de Sousa Tavares
Ana Célia Caetano de Sousa
José Wicto Pereira Borges*

Introdução

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990).

O Ministério da Saúde (MS), pelo Decreto nº 4.726/2003, estabeleceu ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), dentre outras atribuições, a de notificação compulsória pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, a ocorrência ou suspeita de doenças ou eventos de saúde pública (Brasil, 2015).

As informações produzidas pelas notificações favorecem a visibilidade dos fenômenos, algo imprescindível para o planejamento de ações, organização e a operacionalização dos serviços de saúde e para a avaliação das medidas implementadas. As subnotificações, por sua vez, comprometem as ações de prevenção, controle e enfrentamento em função das estimativas das magnitudes das doenças basearem-se em dados não fidedignos da realidade epidemiológica. A notificação compulsória é elemento primordial para o desencadeamento de ações de vigilância em saúde.

No contexto da Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se um lugar privilegiado para a atenção às notificações e investigações das doenças, agravos e eventos de saúde pública presentes no

território no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como propulsora de reorientação do modelo na Atenção Primária à Saúde (APS), ao propor atenção contínua a uma população de território definido, com o compromisso de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (Santos *et al*, 2018).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) atua como coordenadora do cuidado e ordenadora da maioria das redes, pela responsabilização na atenção contínua e integral e cuidado multiprofissional. A demanda pelo desenvolvimento das capacidades de aprendizagem de todos os profissionais é fundamental para os princípios da atenção em rede e a efetividade dos processos e na qualidade das intervenções das equipes em seus territórios (Brasil, 2016).

Desse modo, faz-se necessário compreender os níveis de conhecimento, atitude e prática de uma determinada população, pois facilita criação de sua consciência crítica e a autonomia do controle do seu processo saúde-doença, visto que enseja o reconhecimento das reais necessidades ou problemas da população, possibilitando uma adaptação das possíveis intervenções, direcionando-as para a sua resolução (Costa, 2012).

O inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) mensura o que a população do estudo conhece, pensa e como atua em relação a determinado tema, mediante um conjunto de questões elaboradas desde as principais variáveis (causas ou efeitos), que uma dada teoria compreende como determinante de um comportamento (Brasil, 2002).

Conhecimento é compreendido como a absorção das informações a serem utilizadas e a habilidade em aplicá-las na resolução de problemas. Atitude refere-se à reação a certas situações, caracterizando-se como uma variável entre a situação e a resposta à situação. A prática, por sua vez, engloba as ações de um indivíduo em resposta a um estímulo (Oliveira *et al*, 2020).

O modelo CAP está entre os métodos teórico-práticos de pesquisa mais utilizados na área da saúde. Diversos autores utilizam o inquérito CAP em seus estudos, alguns para identificar conhecimento, prática e atitude em relação a determinadas doenças, determinantes de saúde, enquanto outros

usam para fazer um diagnóstico situacional e decidir estratégias, políticas ou ações a serem implementadas (Oliveira, 2020).

Estudo utilizou o CAP para identificar fatores de risco comportamentais associados ao câncer de colo uterino entre as profissionais do sexo de Picos-PI e avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres em relação ao exame Papanicolau (Neri *et al*, 2013), Outro considerou o inquérito CAP como componente importante de uma conjuntura diagnóstica do seu objeto de estudo que forneceria subsídios para o desenvolvimento de futuras estratégias educativas a fim de facilitar a abordagem às IST/HIV de maneira intercambiável com as singularidades do grupo em questão (Andrade *et al*, 2015).

Assim, a aplicabilidade da metodologia CAP é extensa e trata-se de uma ferramenta diferencial, visto que possibilita a identificação das lacunas e barreiras do conhecimento, atitudes e práticas, facilitando a compreensão e a ação e direcionando possíveis soluções para problemas de saúde pública.

Na investigação epidemiológica de doenças ou agravos de notificação compulsória é a indispensável a disponibilidade de instrumentos específicos para tal fim que tragam questões que avaliem com precisão e especificidade o fenômeno estudado, haja vista que o instrumento deve conter um conjunto de itens que represente o traço latente desse fenômeno.

Nessa perspectiva, este estudo constata sua relevância, ao desenvolver e validar instrumento específico (Inquérito CAP) a fim de possibilitar a investigação mais apurada de doenças e agravos pelos profissionais da Estratégia em Saúde da Família. Ante o contexto, o presente estudo objetivou construir e validar o conteúdo de um instrumento sobre Conhecimentos, Atitudes e Prática (Inquérito CAP) acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família.

Método

Este é um estudo metodológico para construção e validação de um instrumento de pesquisa, o inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática)

acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família. O critério utilizado para escolha do público-alvo, informantes do inquérito (enfermeiros e médicos), foi o fato de serem os principais responsáveis pelas ações de vigilância epidemiológica no nível da Atenção Primária.

Primeiramente, foi realizada a fase de elaboração do inquérito mediante um estudo metodológico para a construção e validação de um questionário inquérito CAP sobre vigilância epidemiológica no contexto de trabalho dos profissionais de saúde. Essa etapa do desenvolvimento metodológico compreende dois momentos: busca na literatura científica e a elaboração dos itens do Inquérito CAP.

Na etapa de demanda na literatura científica, foram realizadas pesquisas sobre a temática abordada para fundamentação da feitura do instrumento. Ainda nessa etapa foram definidos os conceitos e a compreensão dos pesquisadores sobre as dimensões conhecimento, atitude e prática utilizados no inquérito CAP elaborado descritos abaixo.

- **Conhecimento:** relacionado ao conteúdo teórico e científico sobre vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos.
- **Atitude:** tendências, inclinações do profissional para a realização de ações sobre a vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos.
- **Prática:** comportamentos, ações, atividades profissionais envolvidas nos processos de notificações de doenças e agravos pela vigilância epidemiológica.

A elaboração do questionário foi baseada em documentos, normas e portarias que regulamentam as ações de Vigilância Epidemiológica e nos guias de vigilância do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), (Brasil, 2016), (Brasil, 2021). O inquérito foi construído ainda mediante leitura de estudos científicos que analisaram o conhecimento, atitudes e as práticas em temáticas e com populações distintas e a partir do conhecimento prévio e experiência da pesquisadora na área. A experiência com a temática e a vivência prática foram diferenciais na abordagem dos temas e elaboração dos itens, uma vez que o campo de atuação da vigilância epidemiológica é amplo, diversificado e transversal. O instrumento constou inicialmente de 30 itens distribuídos

entre os tópicos sobre conhecimento, atitude e prática sobre vigilância epidemiológica. Diante das sugestões e contribuições obtidas no processo de validação, o inquérito foi alvo de modificações e ajustes. A versão final do inquérito está composta por 25 itens distribuídos nas respectivas dimensões (oito itens sobre conhecimento, oito de atitude e nove itens na dimensão prática) estruturados em escala tricotômica de respostas conforme acato da contribuição dos juízes.

Após a elaboração do instrumento, este foi validado por juízes especialistas. O instrumento CAP foi avaliado quanto a pertinência, relevância, clareza e adequação da linguagem utilizada e conteúdo. Esta validação visa a avaliar a facilidade de compreensão, a importância para os tópicos pretendidos e o grau de interpretação e compreensão por distintas pessoas (Oliveira et al, 2020).

Para a seleção dos especialistas, foram considerados os critérios de qualificação profissional (especialização na área, mestrado ou doutorado), experiência de pelo menos um ano de atuação direta na vigilância epidemiológica, participação em pesquisas ou publicação de artigos sobre epidemiologia e notificação de doenças e agravos ou validação de instrumentos. Obteve-se o retorno de oito instrumentos respondidos, o que correspondeu ao painel de especialistas do estudo.

Os dados foram digitados no Microsoft Excel e apresentados no formato de quadros e tabelas. As informações referentes à caracterização dos juízes foram mostradas por estatística descritiva com base no cálculo proporcional e na frequência absoluta. De acordo com Matos (2014), a literatura especializada demonstra diversas maneiras de medir o nível de confiabilidade e concordância entre juízes, incluindo técnicas como porcentagem, correlação, coeficiente, entre outras. A mensuração das estimativas para a validade de conteúdo foi realizada com a aplicação do Content Ration Validity (CVR) e o Índice de Concordância (IC).

Para a avaliação de conteúdo foi utilizada a Razão de Validade de Conteúdo (CVR), comparando a proporção de juízes com resposta -1 e 0 com o número esperado $[(CVR = ne - (N/2)]$, onde “ne” é o número de juízes que classificam cada item como -1 ou 0 e “N” é o número total de juízes respon-

dentos. O CVR varia de -1 e 1 e espera-se que um bom item tenha o valor de CVR ao menos positivo (Viola, 2019). Itens com CVR menor do que 0,75 no critério de relevância foram eliminados.

O índice de concordância mede a proporção ou porcentagem de concordância de especialistas sobre determinados aspectos de um instrumento e seus itens. Consiste em obter o número de vezes em que os avaliadores concordam e dividir pelo número total de avaliações (varia de 0 a 100%). O valor de 75% é o mínimo de concordância aceitável considerado e, a partir de 90%, são havidos como valores altos (Matos, 2014).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (Uece) no Parecer de nº 5.601.282 e CAAE nº 58892922.9.0000.5534. Os participantes foram convidados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, tendo assegurado a livre escolha de participar ou não do estudo. Foram assegurados o anonimato, o sigilo das informações e a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes, conforme a Resolução 466/2012 do CNS.

Resultados e discussão

Caracterização dos juízes especialistas

A tabela 1 referente à caracterização dos juízes especialistas oferece informações relativas aos dados pessoais e profissionais. A amostra foi composta por oito juízes especialistas, todos enfermeiros.

Tabela 1 – Caracterização dos juízes especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2023.

Variáveis	N=19	Nº	%
Sexo	Feminino	05	62,5
	Masculino	03	37,5
Idade	25 - 29 anos	02	25

	30 - 34 anos	04	50
	35 – 39 anos	01	12,5
	40 – 44 anos	01	12,5
Tempo de formado	< 5 anos	01	12,5
	5 – 10 anos	04	50
	> 10 anos	03	37,5
Ocupação atual	Enfermeiro	04	50
	Professor Universitário	04	50
Maior titulação	Mestrado	04	50
	Doutorado	04	50
Especialização em Epide- miologia ou Saúde Pública	Sim	04	50
	Não	04	50
Pesquisa na área da Vigilân- cia Epidemiológica	Sim	04	50
	Não	04	50
Publicação na área da Vigi- lância Epidemiológica	Sim	06	75
	Não	02	25

Fonte: Autores

Validação de Conteúdo

O quadro 1 indica a Razão de Validade de conteúdo do instrumento CAP. A construção do questionário inquérito CAP foi baseada em evidências científicas, no entanto, é imprescindível a validação do instrumento por especialistas para a credibilidade da tecnologia. Segundo Matos (2014), para

que uma avaliação seja considerada de boa qualidade e cumpra seus propósitos, precisa ter validade e confiabilidade.

Inicialmente foram elaborados 30 itens para o questionário inquérito distribuído entre as dimensões conhecimento, atitude e prática (dez itens em cada dimensão). Esse modelo inicial do inquérito foi encaminhado aos juízes especialistas para avaliação.

Quadro 1 - CVR dos critérios relevância, clareza e linguagem adequada dos itens do inquérito CAP sobre Vigilância Epidemiológica. Fortaleza/CE, Brasil, 2023.

ITENS		RELEVÂNCIA	CLAREZA	LINGUAGEM ADEQUADA
1	A epidemiologia é a ciência que analisa o processo saúde-doença na população, contribuindo para a melhoria de vida das coletividades humanas.	1,0	1,0	1,0
2	A epidemiologia congrega métodos e técnicas de três áreas principais de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais.	0,75	0,75	0,75
3	A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia dentro do contexto de trabalho da ESF	0,75	0,75	1,0
4	Rumores vindo da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são fontes de dados da vigilância em saúde.	0,75	1,0	1,0
5	A transmissão comunitária de uma doença ocorre quando há casos sem vínculo a um caso confirmado em área definida.	1,0	1,0	1,0
6	Caso alóctone é aquele oriundo do mesmo local onde ocorreu a doença.	0,5	0,5	0,75

7	A doença de chagas aguda é de notificação imediata ao SINAN.	0,75	1,0	1,0
8	A varicela é notificada somente em casos graves internados ou óbito.	0,5	0,75	0,75
9	O sarampo e a rubéola são doenças exantemáticas notificadas imediatamente junto às secretarias municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde.	0,75	1,0	1,0
10	A proteção individual é objeto fim da investigação de uma suspeita de doença transmissível de notificação compulsória.	0,5	-0,25	0,25
CVR CONHECIMENTO		0,725	0,75	0,85
11	A notificação deve ser sigilosa, evitando divulgação fora do âmbito médico-sanitário, com respeito ao direito de anonimato dos cidadãos.	0,75	1,0	1,0
12	O profissional de saúde da ESF deve obrigatoriamente preservar o sigilo da pessoa	0,75	1,0	1,0
13	A notificação compulsória deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão.	0,5	0,75	0,75
14	O profissional de saúde da ESF deve notificar de forma oportuna os casos suspeitos e confirmados de doenças de notificação compulsória.	1,0	0,75	1,0
15	O profissional de saúde da ESF pode realizar notificação compulsória de forma imediata ou semanalmente, de acordo com a lista nacional de notificação compulsória.	1,0	0,75	1,0

16	O profissional de saúde da ESF deve realizar a notificação compulsória imediata em até 12 horas do atendimento inicial.	0,75	0,75	0,75
17	O profissional de saúde da ESF que realiza o primeiro atendimento de caso notificável deve ser o responsável pela notificação compulsória	0,75	1,0	1,0
18	O profissional de saúde da ESF deve avaliar o status	0,75	0,75	1,0
19	O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade através da captação completa dos óbitos por um óbito bem declarado e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.	0,75	-0,25	-0,25
20	O treinamento dos profissionais de saúde deve ser realizado prioritariamente para melhorar o sistema de vigilância epidemiológica nos municípios.	1,0	0,75	1,0
CVR ATITUDE		0,8	0,725	0,725
21	Ao notificar um caso suspeito de malária de um homem vindo recentemente do Pará, o profissional de saúde da ESF o classifica como caso autóctone.	1,0	0,75	1,0
22	Em atendimentos para o tratamento antirrábico humano, não há indicação de soro antirrábico para	1,0	0,75	1,0
23	Em caso suspeito de sarampo o profissional de saúde da ESF notifica imediatamente, investiga o caso e realiza o bloqueio vacinal em todos os contatos diretos e indiretos num prazo máximo de 72 horas	1,0	1,0	1,0

24	Ao suspeitar de um caso de meningite a quimioprofilaxia deve ser administrada o mais rápido possível nos contatos próximos do caso suspeito.	1,0	0,75	1,0
25	Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos, ou seja, de todos aqueles que foram expostos à pessoa com Tb.	1,0	0,5	10
26	Ao atender um caso suspeito de Monkeypox, o profissional de saúde da ESF realiza o isolamento imediato do indivíduo e apenas rastreia e monitora os contatos, sem necessidade de isolá-los.	1,0	0,75	1,0
27	Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde responsável pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.	0,75	0,5	0,75
28	Ao atender na UBS um senhor apresentando há 2 dias febre alta, dor intensa nas articulações e algumas lesões de pele, o profissional de saúde deve notificar e solicitar sorologia apenas para Chikungunya.	0,5	0,5	0,75
29	Diante de um menor de 15 anos apresentando deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, o profissional de saúde notifica imediatamente e investiga o caso em até 48h independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.	0,75	0,5	0,75

30	Ao atender um caso suspeito de COVID-19 na UBS, o profissional de saúde adota protocolos de atendimento que contemplam estágio de	1,0	0,75	1,0
CVR PRÁTICA		0,9	0,675	0,925
CVR TOTAL		0,8	0,71	0,83

O quadro 1 mostra a avaliação dos juízes especialistas quanto à pertinência de cada item e sua correspondência com o CAP. Os especialistas atribuíram uma pontuação (-1, 0, +1) para avaliar cada item quanto a relevância, clareza e linguagem adequada, conforme descrição no quadro 02.

Quadro 02 – Escala de pontuação CVR. Fortaleza/CE, Brasil, 2023.

ESCALA	
-1	Não relevante/Não claro/Linguagem não adequada à população.
0	Não é possível avaliar/Não sei
+1	Relevante/Claro/Linguagem adequada à população

Nos instrumentos desse tipo atribuem-se valores numéricos onde as declarações de concordância recebem valores positivos ou altos, enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos (Dodt, 2008).

Itens com CVR menor do que 0,75 no critério de relevância foram eliminados. De tal modo, houve cinco itens excluídos nessa etapa (três itens da dimensão conhecimento, um item sobre atitude e um item sobre prática) conforme quadro 03.

Quadro 03 – Itens excluídos na validação de conteúdo após sugestão dos juízes. Fortaleza/CE, Brasil, 2023.

Nº do item 1ª versão do instrumento	Item excluído
Conhecimento	
06	Caso alóctone é aquele oriundo do mesmo local onde ocorreu a doença.
08	A varicela é notificada somente em casos graves internados ou óbito.
10	A proteção individual é objeto fim da investigação de uma suspeita de doença transmissível de notificação compulsória.
Atitude	
13	A notificação compulsória deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão.
Prática	
28	Ao atender na UBS um senhor apresentando há 2 dias febre alta, dor intensa nas articulações e algumas lesões de pele, o profissional de saúde deve notificar e solicitar sorologia apenas para Chikungunya.

Fonte: Autoria própria.

Foram mantidos no instrumento os itens que receberam pontuação igual ou superior a 0,75 na dimensão relevância. Adotou-se como adequado um consenso de 75% entre os avaliadores juízes especialistas (Matos, 2014).

Quadro 4 - Índice de concordância (IC) dos especialistas sobre os itens e suas dimensões. Fortaleza/CE, Brasil, 2023.

DIMENSÃO INICIAL		DIMENSÃO INDICADA PELOS ESPECIALISTAS		
		IC CONHECIMENTO	IC ATITUDE	IC PRÁTICA
CONHECIMENTO	Item 01	100	00	00
	Item 02	100	00	00
	Item 03	87,5%	12,5%	00
	Item 04	75%	12,5%	12,5%
	Item 05	100%	0,0	0,0
	Item 07	62,5%	12,5%	25%
	Item 09	62,5%	12,5%	25%
ATTITUDE	Item 11	50%	37,5%	12,5%
	Item 12	12,5%	62,5%	25%
	Item 14	12,5%	75%	12,5%
	Item 15	12,5%	75%	12,5%
	Item 16	12,5%	62,5%	25%
	Item 17	12,5%	62,5%	25%
	Item 18	12,5%	75%	12,5%
	Item 19	12,5%	75%	12,5%
	Item 20	12,5%	75%	12,5%
PRÁTICA	Item 21	00	00	100%
	Item 22	37,5%	12,5%	50%
	Item 23	00	12,5%	87,5%
	Item 24	12,5%	37,5%	50%
	Item 25	00	37,5%	62,5%
	Item 26	00	12,5%	87,5%
	Item 27	00	37,5%	62,5%
	Item 29	00	12,5%	87,5%
	Item 30	00	12,5%	87,5%

O quadro 4 mostra a avaliação dos juízes especialistas quanto à correspondência de cada item à dimensão do inquérito CAP. Nessa etapa da validação do instrumento, foi aplicado o Índice de Concordância (IC) para avaliação da correspondência entre os itens e as dimensões às quais pertenciam.

Oteve-se apenas um item com uma baixa avaliação quanto à sua dimensão, o item 11 (onze). Na avaliação desse item, 50% dos juízes o julgaram como pertencendo à dimensão do conhecimento e apenas 37,5% julgaram como apropriada sua colocação na dimensão atitude. O restante dos juízes (12,5%) considerou que o referido item deveria pertencer à dimensão prática. Como o maior índice de concordância considerou o item 11 como adequado à dimensão conhecimento, ele foi então remanejado.

Registraram-se, então, mais dois resultados alterados nessa etapa da validação (itens 22 e 24); no entanto, nesses dois casos, o maior índice de concordância entre os juízes correspondeu à dimensão a que pertence o item inicialmente. Assim, dessa forma, não aconteceu remanejamento desses itens quanto à dimensão.

Quadro 5: Avaliação dos aspectos gerais do Inquérito CAP pelos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2023.

CRITÉRIOS PARA O INSTRUMENTO	IC para SIM %
O número de itens é suficiente para a medida?	75
O instrumento mede a variável latente (Vigilância epidemiológica na ESF)?	87,5
O instrumento mede apenas o que se propôs?	100
O instrumento atende a dimensionalidade proposta (CAP)?	87,5
O instrumento atende a dimensão conhecimento?	87,5
O instrumento atende a dimensão atitude?	75
O instrumento atende a dimensão prática?	75
Adequação da escala de resposta dicotômica (25
Adequação da escala de resposta não dicotômica (75

Fonte: Autores.

Na terceira etapa da avaliação dos juízes para validação do instrumento CAP, pediu-se que os especialistas avaliassem o conjunto de itens CAP, assinalando uma dentre quatro possíveis respostas: sim, não, incerto e não relevante. Como mostra o quadro 5, os maiores índices de concordância foram para a resposta “SIM” em todas as perguntas e 75% dos juízes optaram pelo modelo de resposta não dicotômica. O percentual de 75% é considerado o mínimo de concordância aceitável, ao passo que percentuais a partir de 90% são considerados altos (Matos, 2014).

Quanto às opções de respostas, optou-se por essas mais concisas. Os modelos de respostas são de vários tipos, verificam o grau de concordância ou discordância das declarações relativas à atitude que está sendo medida (Feitosa, 2014).

Quadro 06 - Modificação dos itens com base nas solicitações dos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2023.

Item	Solicitação do especialista	Item modificado
03	Proposta de reescrita.	A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia, em especial, dentro do contexto de trabalho da ESF.
04	Comunicações ou rumores procedentes...	Comunicações ou rumores procedentes da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são maneiras para obter os dados da vigilância epidemiológica, mas existem outras formas também.
19	O item possui relevância, mas a repetição de termos (óbito/óbitos) o deixa confuso e pouco claro. Sugiro reescrita.	O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade por meio da captação completa dos óbitos, pelo preenchimento adequado e completo da declaração de óbito e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.

25	Deixar o item mais conciso.	Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve
27	Substituir a primeira aparição da palavra “responsável” por “encarregado”, de modo que fique “profissional de saúde encarregado pelo atendimento”, no intuito de evitar a repetição de palavras que podem confundir os participantes do estudo.	Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual a uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde encarregado pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.

Fonte: Os autores.

Os juízes também expuseram, em espaço destinado e identificado, sugestões e críticas quanto às alterações nos itens do inquérito que acharam pertinentes. As colocações dos juízes foram consideradas, sendo realizadas às correções e adequações segundo as solicitações (quadro 06). Não foi sugerida a inserção de novas questões.

Quadro 07- Itens desenvolvidos após avaliação dos juízes para compor o inquérito CAP. Fortaleza/CE, Brasil, 2003.

ITENS	
CONHECIMENTO	A epidemiologia é a ciência que analisa o processo saúde-doença na população, contribuindo para a melhoria de vida das coletividades humanas.
	A epidemiologia congrega métodos e técnicas de três áreas principais de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais.
	A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia, em especial, dentro do contexto de trabalho da ESF.
	Comunicações ou rumores procedentes da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são maneiras para obter os dados da vigilância epidemiológica, mas existem outras formas também.
	A transmissão comunitária de uma doença ocorre quando há casos sem vínculo a um caso confirmado em área definida.
	A doença de chagas aguda é de notificação imediata ao SINAN.
	O sarampo e a rubéola são doenças exantemáticas notificadas imediatamente junto às secretarias municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde.
	A notificação deve ser sigilosa, evitando divulgação fora do âmbito médico-sanitário, com respeito ao direito de anonimato dos cidadãos.

ATITUDE	O profissional de saúde da ESF deve obrigatoriamente preservar o sigilo da pessoa com hanseníase.
	O profissional de saúde da ESF deve notificar de forma oportuna os casos suspeitos e confirmados de doenças de notificação compulsória.
	O profissional de saúde da ESF pode realizar notificação compulsória de forma imediata ou semanalmente, de acordo com a lista nacional de notificação compulsória.
	O profissional de saúde da ESF deve realizar a notificação compulsória imediata em até 12 horas do atendimento inicial.
	O profissional de saúde da ESF que realiza o primeiro atendimento de caso notificável deve ser o responsável pela notificação compulsória.
	O profissional de saúde da ESF deve avaliar o status vacinal da pessoa atendida independentemente do tipo de atendimento buscado pelo indivíduo em uma unidade de saúde.
	O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade por meio da captação completa dos óbitos, pelo preenchimento adequado e completo da declaração de óbito e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.
	O treinamento dos profissionais de saúde deve ser realizado prioritariamente para melhorar o sistema de vigilância epidemiológica nos municípios.

PRÁTICA	Ao notificar um caso suspeito de malária de um homem vindo recentemente do Pará, o profissional de saúde da ESF o classifica como caso autóctone.
	Em atendimentos para o tratamento antirrábico humano, não há indicação de soro antirrábico para acidentes leves.
	Em caso suspeito de sarampo o profissional de saúde da ESF notifica imediatamente, investiga o caso e realiza o bloqueio vacinal em todos os contatos diretos e indiretos num prazo máximo de 72 horas
	Ao suspeitar de um caso de meningite a quimioprofilaxia deve ser administrada o mais rápido possível nos contatos próximos do caso suspeito.
	Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos.
	Ao atender um caso suspeito de Monkeypox, o profissional de saúde da ESF realiza o isolamento imediato do indivíduo e apenas rastreia e monitora os contatos, sem necessidade de isolá-los.
	Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde encarregado pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.
	Diante de um menor de 15 anos apresentando deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, o profissional de saúde notifica imediatamente e investiga o caso em até 48h independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
	Ao atender um caso suspeito de COVID-19 na UBS, o profissional de saúde adota protocolos de atendimento que contemplam estágio de transmissão comunitária do coronavírus.

Fonte: Autores.

Após essa última etapa, todo o processo de validação foi concluído, resultando no inquérito CAP versão final mostrado no quadro a seguir. Uma forma inapropriada de validação, sem critérios metodológicos rigorosos, a inexistência de instrumentos validados por profissionais capacitados, contribui para que nem sempre esse processo seja efetivado, dificultando o aperfeiçoamento e a propagação do conhecimento sobre o fenômeno em estudo (Souza *et al*, 2020).

De acordo com Feitosa *et al* (2014), um instrumento para ser considerado significativo precisa ter validade, tendo como definição o processo de validação como a adequação do instrumento, ou seja, a pertinência dos resultados por ele produzidos para medir aquilo que se propõe, dispensando, assim, a etapa de realização do pré-teste.

Após a apresentação da primeira versão dos itens desenvolvidos para compor o inquérito CAP, o quadro 07 exibe a versão final dos itens que compõem o questionário do inquérito CAP contendo questões básicas sobre a epidemiologia - com a finalidade específica de trabalhar o público-alvo de profissionais enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família e contribuir com o sistema de vigilância dos municípios e, conseqüentemente, com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).

Discussão

A validação de conteúdo do instrumento mostrou que a avaliação foi satisfatória. O instrumento recebeu pontuação média global de 0,82 pelos juízes. A pontuação média do IC foi 0,83 e do CVR 0,78, apresentando apenas um item (clareza) com avaliação abaixo do preconizado pela literatura, ou seja, abaixo de 0,78 (Polit; Beck; Hungler, 2007).

Apesar de complexo e árido, o método CAP é ao mesmo tempo instigante, fazendo-se necessários o fomento da padronização metodológica e o uso de questões mais alinhadas à avaliação das percepções das pessoas, vontade e capacidade de investir e participar de certas práticas e programas na área da saúde (Oliveira *et al*, 2020).

Os estudos que utilizam o inquérito CAP propiciam a identificação das reais lacunas do conhecimento, crenças ou padrões de comportamento capazes de facilitar ou dificultar a compreensão e a ação, bem como causar problemas ou criar barreiras para os esforços de controle de um determinado problema de saúde pública (Santos, 2017).

Segundo Oliveira (2020), é importante seguir passos para a preparação de um questionário CAP, sendo um destes a preparação das perguntas, e afirmando ser vital ao pesquisador construir itens viáveis, efetivos e alinhados aos alvos do método.

A seleção, todavia, dos juízes com ampla experiência nas áreas assistencial, acadêmica e pesquisa dá oportunidade à análise relevante e crítica instrumento (Jacob *et al.*, 2020).

Quando analisadas as médias dos CVR em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas acerca da vigilância epidemiológica, observou-se o maior resultado obtido na dimensão prática. Esse dado revela o pressuposto de que pessoas são suscetíveis de modificar seu comportamento, mostrando uma influência entre o que se sabe (conhecimento), as atitudes e suas ações. Mudanças de comportamento dos profissionais se configuram como essenciais para que se aprimorem normas e rotinas, no entanto, são atos voluntários e individuais que dependem da consciência e decisão de cada profissional. Muitos profissionais, mesmo possuindo um conhecimento adequado sobre determinado tema, deixam de colocar em prática o conhecimento já adquirido (Dourado *et al.*, 2017).

Considerando a importância da avaliação das práticas de saúde como um instrumento norteador dos serviços prestados e o caráter transversal das ações de vigilância epidemiológica, estudo sugere a necessidade da permanente avaliação das ações da epidemiologia e o aperfeiçoamento dos instrumentos utilizados pela complexidade do objeto avaliado (Bezerra, 2009).

Um estudo sobre desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar ações de vigilância no âmbito municipal concluiu, com suporte nos resultados da pesquisa, que os instrumentos propostos para avaliação

constituem uma importante ferramenta para a qualificação e validação das informações (Pimenta, 2005).

O uso de instrumento de mensuração em formato de escalas e testes validados é relevante por possibilitar uma coleta de dados sistemática e uma avaliação quantitativa dos fenômenos, viabilizando a correlação de suas variáveis mediante testes estatísticos. Uma diversidade de testes e escalas padronizadas é cada vez mais utilizada no âmbito da saúde, tanto para proporcionar uma assistência de melhor qualidade quanto para produção de dados em pesquisas de cunho científico (Feitosa *et al*, 2014).

Os estudos que avaliam conhecimento, atitude e prática são em sua maioria direcionados à população, poucos envolvendo profissionais da saúde. A falta de referências sobre o inquérito CAP voltado para a temática em estudo motivou à construção e validação deste instrumento para realização de possíveis coleta de dados.

Considerações Finais

O estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento sobre Conhecimento, Atitude e Prática (Inquérito CAP) acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família.

A avaliação realizada pelos oito juízes especialistas considerou a ferramenta válida, com bons percentuais nos índices dos resultados. O inquérito foi realizado com embasamento científico e revisado conforme avaliações e recomendações dos juízes. Dessa maneira, o instrumento é utilizado para avaliar o conhecimento, as atitudes e práticas de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família acerca da Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância Epidemiológica é um dos principais componentes da Vigilância em Saúde, sendo uma ferramenta fundamental para a gestão em saúde, utilizada como base para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, tendo por finalidade coletar dados, monitorar e analisar a distribuição e a incidência de doenças transmissíveis ou não,

e agravos na população para, assim, propor medidas efetivas para o controle e a diminuição dos riscos.

Quanto às limitações do estudo, registrou-se dificuldade de adesão por parte dos juízes. Com efeito, louvou-se, também, no método “bola de neve” para seleção dos especialistas, ou seja, a indicação por parte dos próprios juízes. Obteve-se um retorno de apenas 38% do total de juízes convidados a participar do estudo. Outra limitação identificada no ensaio foi a ausência da caracterização dos juízes quanto à experiência na participação em pesquisas ou publicação na área de validação de inquéritos.

A oferta limitada de estudos sobre validação de instrumentos na área da epidemiologia configura-se também como outra limitação da pesquisa. Não foi possível realizar a aplicabilidade do instrumento com o público-alvo e assim avaliar a efetividade da ferramenta neste estudo, passo suscetível de ser investigado em pesquisas posteriores.

É de grande importância levantar o saber das pessoas, a fim de melhor direcionar suas ações. Existe a necessidade de ampliar as abordagens educativas na área da epidemiologia, sobretudo em processos de educação permanente com os profissionais enfermeiros e médicos, visando a um aperfeiçoamento qualitativo na municipalização das ações de Vigilância Epidemiológica.

Acredita-se que o instrumento desenvolvido neste experimento vá ser utilizado por gestores, profissionais, docentes e estudantes, com a finalidade de realização de pesquisas de avaliação diagnóstica ou de levantamentos, visando a melhorias nas ações de vigilância epidemiológica.

De efeito, espera-se, com o desenvolvimento dessa ferramenta, contribuir com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), visando à implementação qualitativa da vigilância epidemiológica nos municípios.

Referências

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

COSTA, C. C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

FEITOSA, M. C.; SOARES, L. S.; BELEZA, C. M. F.; SILVA G. R. F.; LEITE, I. R. L. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisa quantitativas em Enfermagem. **Sanare**. Sobral: vol.13, n.2, p.92-97, jun./dez., 2014.

FRANÇA, M. S. **Validação de instrumentos de medição das práticas apoiadoras da rede social à mulher/nutriz**. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

JACOB, L. M. S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Instrumento sobre conhecimento, atitude e prática de gestantes acerca da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Rene**. 2021; 22: e60040. doi: 10.15253/2175-6783.20212260040.

MATOS, D. A. S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Est. Aval. Educ.** São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, set./dez., 2014.

MELO, M. A. S.; COLETA, M. F. D.; COLETA, J. A. D.; BEZERRA, J. C. B.; CASTRO, A. M.; MELO, A. L. S.; TEIXEIRA, R. A. G.; GOMES, D. B.; CARDOSO, H. A. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Revista de Administração em Saúde.** vol. 18, nº 71, abr. – jun., 2018.

NERI, E. A. R.; MOURA, M. S. S.; PENHA, J. C.; REIS, T. G. O.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame papanicolaou de prostitutas. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 731-8, jul-set 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, C.A.P.S.; *et al.* Conhecimento, atitude e prática dos vacinadores sobre vacinação infantil em Teresina-PI, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.26, n.1, p. 133-140, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000100133&lng=en. Acesso em: 21 mar. 2023.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva [online].** 2018, vol.23, n.3, pp.861-870. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.

SOUZA, A.C.C; MOREIRA, T.M.M; BORGES, W.P. Desenvolvimento de instrumento para validar aparência de tecnologia educacional em saúde. **Rev Bras Enferm.** V.73, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Sistema de Bibliotecas. Guia de normalização de trabalhos acadêmicos**. 4.ed. [recurso eletrônico] Fortaleza: Ed. Uece, 2022.

VIOLA, C.G. **Construção e Validação de um instrumento para análise do prontuário eletrônico do cidadão da estratégia e-SUS atenção básica**. Ribeirão Preto, São Paulo: Escola de Enfermagem, 2019. DOI: <https://doi.org/10-11606/D.22.2019.tde-23102019-170743>.

Capítulo 6

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES NA AMÉRICA LATINA: PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO

Fernanda Rafaella Barbosa dos Santos

Paulo César de Almeida

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Renata Cláudia Ferreira Henrique

Introdução

A adolescência é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, que compreende, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1965), dos dez aos 19 anos. É, frequentemente, um período de várias vulnerabilidades sociais e individuais, como comportamentos de risco para contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez na adolescência, violências e o uso e abuso de álcool e outras drogas (Unicef, 2011; OMS, 2020).

Apesar de a taxa de fecundidade na população geral mundial estar em decréscimo, o percentual ainda é considerado elevada entre as adolescentes, principalmente nos países em desenvolvimento, tornando-se uma questão de saúde pública por afetar toda a sociedade. Em países de renda baixa e média, as complicações na gravidez e no parto são a principal causa de morte entre as adolescentes de 15 a 19 anos, além de essa faixa etária também enfrentar as maiores taxas de natimortos e mortes de recém-nascidos (OMS, 2020).

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU, abrange o objetivo de garantir saúde e bem-estar da população e inclui metas relevantes para a saúde sexual e reprodutiva. Dentre as metas estabelecidas, estão: o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, o planejamento familiar, informação e educação e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais (Pnud, 2015). Dois indicadores importantes para o acompanha-

mento destas metas são a proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que tiveram sua necessidade de planejamento familiar satisfeita com métodos modernos e a taxa de natalidade na adolescência (10-14 anos; 15-19 anos) por 1.000 mulheres nessa faixa etária (United Nations General Assembly, 2017).

Adolescentes mais instruídos (as) são menos propensos (as) a ficarem grávidas ou a engravidarem suas parceiras, e possuem conhecimentos mais abrangentes sobre as IST e de como preveni-las. Educação de qualidade constitui um recurso importante para aumentar o poder dos adolescentes e é a modalidade mais segura de interromper a transmissão da pobreza entre gerações, contribuindo também para o alcance de outro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, o de erradicação da pobreza (Unicef, 2011; Pnud, 2015).

A saúde do adolescente tem ganhado relevância nas agendas e agências mundiais, sendo inclusive contemplada na Estratégia Global para a Saúde (2016-2030) da ONU. Investir no cuidado dos adolescentes é estratégico, pois a proteção e promoção da saúde influenciam positivamente no bem-estar social e na saúde durante a própria adolescência, na idade adulta e na próxima geração, além de ser um imperativo ético no reconhecimento e defesa de seus direitos de cidadania. (UNICEF, 2011; OMS, 2016)

Apesar das recomendações de investimento em prevenção e promoção por órgãos internacionais, os modelos de saúde dos países da América Latina enfrentam uma série de reformas baseadas em políticas neoliberais que visam à redução de custos, à ampliação da concorrência entre prestadores de saúde e a direcionar o Estado a um comportamento do tipo empresarial. Com sistemas tendidos prioritariamente à redução de custos, parte da população é passível sofrer o agravamento de questões de saúde que ficaram sem prevenção e atenção por ausência de recursos. Isso implica retomar princípios como os de participação social, de acesso universal e de atenção integral (Göttems; Mollo, 2020).

Além das reformas neoliberais, observam-se influências ideológicas conservadoras e partidárias na formulação e execução das políticas de saúde em diversos países da América Latina. Após análise de documentos

oficiais relacionados às políticas públicas de educação sexual no Brasil, Barbosa *et al.* (2019) constataram que, em documentos recentes, o governo se apropriou de estratégias que visavam à interdição e ao silenciamento para controlar, e também regular, como a educação sexual deve ser abordada na escola, negando assim o direito às informações. É fato que não se trata de uma tarefa simples alterar as práticas pedagógicas utilizadas há anos, mas são necessárias soluções para tais problemas, levando em consideração os aspectos contemporâneos e as atividades diárias dos adolescentes.

Segundo Monteiro *et al.* (2020), trabalhar temáticas como violência de gênero e sexualidade na América Latina é um desafio histórico que demanda programas sociais para homens e mulheres, numa proposta de educação sexual escolar e não escolar, unindo ações multifacetadas da Administração Pública numa proposta de prevenção de agravos.

O profissional (da saúde ou educação) qualificado e motivado favorece que a educação sexual se afirme como matéria multidisciplinar, científica e popular. A constatação de que a sexualidade, mesmo nos tempos atuais, não é discutida com naturalidade, reafirma a necessidade da temática sexual como potencialidade emancipatória, além de uma visão acolhedora sobre as limitações e subjetividades dos profissionais que trabalham o tema com os adolescentes e a sociedade. Nesse sentido, apontam-se horizontes para novas pesquisas no plano multidisciplinar, correlacional e qualitativo que promovam estratégias para a educação sexual chegar às camadas conservadoras e no centro dos problemas que impedem seu avanço na escola e na sociedade (Zerbinati; Bruns, 2017).

Considerando a importância das discussões acerca dos avanços e retrocessos, do aprofundamento do assunto e do direcionamento de políticas públicas transversais e significativas à saúde e à educação sexual do adolescente, este capítulo tem como objetivo elaborar um protocolo de revisão de escopo a fim de mapear as estratégias da educação sexual para adolescentes na América Latina, descrevendo as fases de elaboração do protocolo e delineando as estratégias. A importância do protocolo de revisão está em definir passos precisos a serem seguidos pelos pesquisadores, de maneira que a revisão seja estudada, criticada ou replicada.

Saúde Sexual do Adolescente na América Latina

Os adolescentes constituem um grupo prioritário para promoção da saúde em razão das intensas transformações biopsicossociais características desse período. Apesar de ser considerada a fase do desenvolvimento humano mais saudável da vida, é a fase na qual, comumente, também ocorre a experimentação de novos comportamentos associados a fatores de risco à saúde. Observa-se, por exemplo, que em 70% das mortes evitáveis de adultos por doenças não transmissíveis elas vinculadas a fatores que se iniciam na adolescência (Oliveira *et al.*, 2017; OMS, 2016).

A saúde do adolescente aufere relevância nas agendas e agências mundiais, sendo inclusive contemplada na Estratégia Global para a Saúde (2016-2030) da ONU. Investir no cuidado dos adolescentes é estratégico, pois a proteção e promoção da saúde influenciam positivamente no bem-estar social e na saúde durante a própria adolescência, na idade adulta e na próxima geração, além de ser um imperativo ético no reconhecimento e defesa de seus direitos de cidadania (UNICEF, 2011; OMS, 2016).

A OPAS (2018) orienta os países a uma abordagem sistemática para a compreensão das necessidades de saúde de adolescentes, priorizando-as no contexto do País e planejando, monitorando e avaliando programas de saúde para adolescentes. Sugere diversas intervenções baseadas em evidências, como, por exemplo: educação sexual integral; serviços integrais de informação, aconselhamento e SSR; prevenção e resposta a práticas prejudiciais, como o casamento precoce e/ou forçado; assistência à contracepção, pré-natal, parto, pós-parto, aborto (quando legal) e pós-aborto; prevenção, detecção e tratamento de IST e atenção integral a crianças e adolescentes que vivem com o HIV ou a ele estão expostas.

A gravidez na adolescência é uma situação de saúde pública, haja vista a alta possibilidade de desfechos negativos para a adolescente, o feto e a sociedade. Para a gestante, há prevalência de complicações durante a gestação ou o parto, maior probabilidade de depressão e isolamento, sentimento de perda da juventude e piores resultados educacionais em razão da elevada taxa de evasão escolar. Para o feto ou recém-nascido, observam-se

maior prevalência de prematuridade, menor peso ao nascer, menores taxas de aleitamento materno e maior mortalidade neonatal. Para a sociedade, há chances maiores da perpetuação de situações de vulnerabilidade e pobreza (Sanz-Martos *et al.*, 2019).

Na América Latina, ocorreu pequena redução na taxa de fecundidade na adolescência, de 70,4 por 1.000 meninas de 15-19 anos em 2005-2010 para 66,5 em 2010-2015, porém a região continua tendo a segunda maior taxa do mundo nesta faixa etária e a mais baixa taxação de declínio global. Os dados sobre a fertilidade em meninas menores de 15 anos ainda são escassos, mas estima-se que aproximadamente 2% das mulheres latino-americanas iniciem sua vida reprodutiva antes dos 15 anos. Esta é também a única região do mundo com tendência ao crescimento de gestações em meninas menores de 15 anos, gerando um alerta para a continuidade da perpetuação de violências contra as mulheres em seus ciclos de vida. Ademais, os adolescentes continuam enfrentando importantes barreiras que lhes negam acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) de qualidade (OPAS/OMS, 2018).

Malgrado o declínio da fecundidade de mulheres e adolescentes latino-americanas nas últimas décadas, a idade à primeira união e ao ter o primeiro filho permaneceu estável, diferentemente do padrão reprodutivo observado nos países desenvolvidos, onde a proporção de uniões precoces ou maternidade adolescente são baixas. Tal circunstância decorre de aspectos históricos, culturais e de violência de gênero e, ainda, do fato de que um quantitativo considerável das adolescentes passa a ter acesso ou iniciam os métodos contraceptivos, somente, após a primeira gestação (Cepal, 2018; Vignoli *et al.*, 2017).

O estrato socioeconômico ao qual uma mulher pertence influencia diretamente o seu comportamento reprodutivo, principalmente entre as adolescentes na América Latina. O início precoce da vida reprodutiva acomete, em sua maioria, adolescentes de baixa escolaridade, sendo menor entre as de alta escolaridade. Afirma-se que o nível socioeconômico da mulher latino-americana tem intensiva relação com o seu comportamento reprodutivo e que compreender o contexto social das adolescentes é tão importante quanto observar o nível de fecundidade de uma população (Bonifácio; Wong, 2021).

Segundo Cabral e Brandão (2020), as políticas públicas direcionadas ao exercício responsável da sexualidade na adolescência precisam contemplar o incentivo da escolarização, da autonomia pessoal (capacidade de reflexão sobre escolhas afetivas e sexuais), do conhecimento de medidas de proteção (como o uso do preservativo) e do planejamento reprodutivo (métodos contraceptivos regulares ou de longa duração, contracepção de emergência e acesso ao aborto legal), além do combate às vulnerabilidades e violências. Esses são elementos imprescindíveis para o estabelecimento da autonomia juvenil e o exercício da sexualidade com base nos direitos essenciais.

A escola é um dos locais mais privilegiados onde os problemas que englobam a adolescência e os direitos sexuais e reprodutivos, a promoção da saúde e a superação de mitos e tabus sobre a sexualidade são exploráveis, pois há um distanciamento histórico desse público em relação aos equipamentos de saúde. O nível de informações corretas sobre a SSR é proporcional ao nível de escolaridade, sendo necessária uma abordagem pedagógica assente nas questões atitudinais e na sexualidade como um campo do saber social, cultural e político (Morales *et al.*, 2018).

Método

Este configura um protocolo para um estudo do tipo Revisão de Escopo, conduzida conforme estrutura metodológica proposta pelo Joanna Briggs Institute - JBI (Peters *et al.*, 2020) e no *checklist* do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco *et al.*, 2018). A revisão é desenvolvida em cinco etapas: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção de estudos; 4) categorização dos dados; 5) coleta, resumo e mapeamento dos resultados. O protocolo constitui a primeira fase da proposta metodológica (Peters *et al.*, 2020; Arksey; O'Malley, 2005).

Emprega-se a Revisão de Escopo para mapear os principais conceitos subjacentes a um campo de pesquisa, bem como a fim de esclarecer definições de trabalho e/ou os conceitos limites de um tópico, resumir evidências e informar pesquisas futuras (Tricco *et al.*, 2018; Peters *et al.*, 2020).

Uma das primeiras etapas da R.E. é a elaboração do protocolo, auxiliando os revisores no planejamento, organização e realização do estudo, favorecendo a consistência dos resultados e garantindo a reprodutibilidade do experimento científico. Para assegurar o rigor metodológico e a transparência da redação de seus achados, esta revisão teve seu protocolo registrado na plataforma Open Science Framework – OSF (DOI: 10.17605/OSF.IO/8PW6G).

Resultados

Pergunta de pesquisa

Para obter uma visão geral do estado atual do conhecimento, o objetivo geral da revisão de escopo é mapear as publicações disponíveis sobre as estratégias de educação sexual para adolescentes na América Latina. O objetivo específico da revisão é identificar os aspectos listados na literatura, que potencializam ou que limitam a implantação das estratégias de saúde sexual para os adolescentes na América Latina.

Para definição da pergunta do estudo, conforme é proposto pelo JBI, será utilizada a estrutura mnemônica População, Contexto e Conceito (PCC) - População: Adolescentes, compreendidos de dez a 19 anos, conforme critérios da Organização Mundial da Saúde (1965); Conceito: Estratégias para educação sexual; Contexto: América Latina. A partir deste, produziu-se a questão norteadora: Quais são as estratégias utilizadas a fim de promover a educação sexual para adolescentes na América Latina?

Critérios de elegibilidade

Como critérios de inclusão, serão estabelecidos: estudos que abordam estratégias de promoção da educação sexual para adolescentes conduzidas por profissionais da saúde e/ou ou educação, realizados na América Latina, sem restrição de tempo ou idioma. Excluir-se-ão cartas ao editor, resumos em anais de eventos, capítulos de livros, artigos incompletos, estudos em andamento.

Fontes de informação e estratégias de procura

Como fontes de informação para obtenção das respostas pretendidas, serão feitas demandas nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, Scopus, Web of Science, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Education Resources Information Center (ERIC).

A literatura cinza também será investigada, sendo as seguintes fontes de informação: Google Scholar, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Catálogo de Teses e Dissertações (CTD) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para constituir a estratégia de procura de alta sensibilidade, devem ser utilizados três vocabulários controlados em saúde, Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH), Emtree e palavras-chave, em conjunto com operadores booleanos AND e OR. (Araújo, 2020) Demanda preliminar será realizada na base de dados Medline/Pubmed com a seguinte equação: (Adolescent OR Teenager OR Teen OR Youth) AND (strategies OR “educational technologies”) AND (“sex education” OR “Sexual Health” OR Sexuality) AND (“Latin America” OR Bolivia OR Brazil OR Caribbean OR Chile OR Colombia OR “Costa Rica” OR Cuba OR Ecuador OR “El Salvador” OR Guatemala OR Haiti OR Honduras OR Mexico OR Nicaragua OR Panama OR Paraguay OR Peru OR “Dominican Republic” OR Uruguay OR Venezuela). (Quadro 1)

Quadro 1 - TERMOS EMPREGADOS NA ESTRATÉGIA DE BUSCA.

DeCS	OR	MeSH	OR	EMTREE
Adolescente		Adolescent		Adolescent
		Teenager		Teenager
Jovem		Teen		Teen
		Youth		Youth
AND				

Estratégias	OR	Estrategies	OR	Estrategies
“Tecnologia Edu- cacional”		“Educational Tech- nology”		“Educational Tech- nology”
AND				
“Educação Sexu- al”	OR	“Sex Education”	OR	“Sex Education”
“Saúde Sexual”		“Sexual Health”		“Sexual Health”
Sexualidade		Sexuality		Sexuality
AND				
“América Latina”	OR	“Latin America”	OR	“Latin America”
Argentina Or Bo- livia Or Brasil Or Chile Or Colômbia Or “Costa Rica” Or Cuba Or Equador Or “El Salvador” Or Guatemala Or Haiti Or Hondu- ras Or México Or Nicarágua Or Pa- namá Or Paraguai Or Peru Or Repú- blica Dominicana Or Uruguai Or Venezuela.		Argentina Or Bolivia Or Brazil Or Cari- bbean Or Chile Or Colombia Or “Cos- ta Rica” Or Cuba Or Ecuador Or “El Salvador” Or Gua- temala Or Haiti Or Honduras Or Mexico Or Nicaragua Or Panama Or Paraguay Or Peru Or “Domi- nican Republic” Or Uruguay Or Vene- zuela		Argentina Or Bolivia Or Brazil Or Cari- bbean Or Chile Or Colombia Or “Cos- ta Rica” Or Cuba Or Ecuador Or “El Salvador” Or Gua- temala Or Haiti Or Honduras Or Mexico Or Nicaragua Or Panama Or Paraguay Or Peru Or “Domi- nican Republic” Or Uruguay Or Vene- zuela

Fonte: Autores (2023).

Os resultados das demandas vão ser exportados para o gerenciador de referências Rayyan®, desenvolvido pelo Qatar Computing Research Institute (QCRI) (Ouzzani *et al.*, 2016) para retirada de duplicidades, seleção e triagem dos estudos por dois pesquisadores, de modo independente, devendo ser as divergências resolvidas com a participação de terceiro examinador.

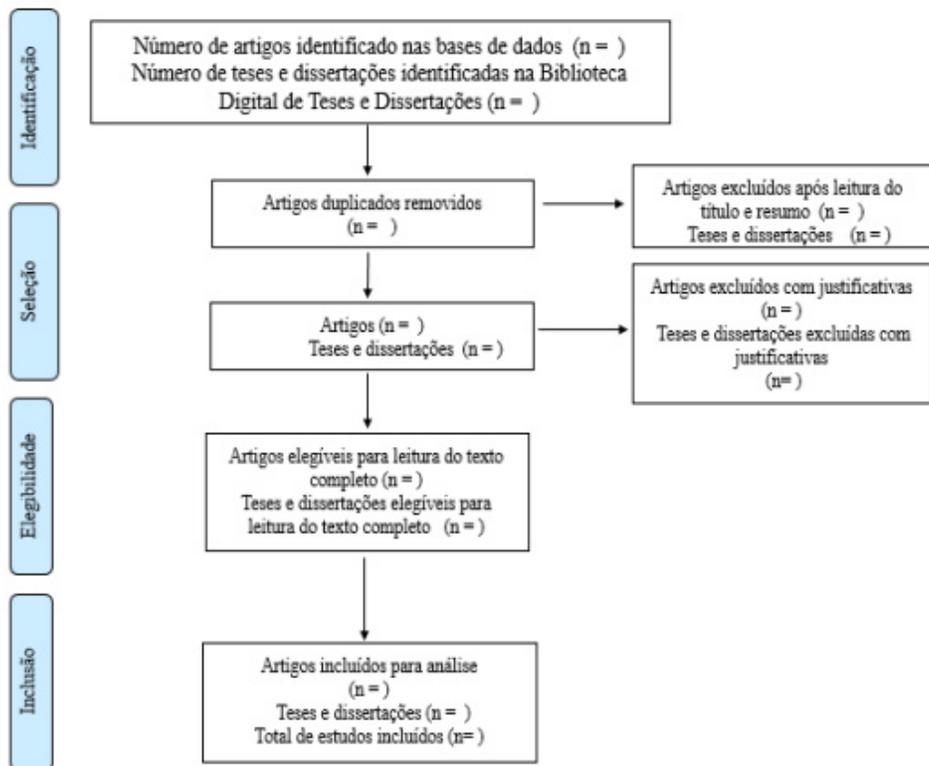
Na primeira fase, ocorrerá a leitura de títulos e resumos. Estudos que responderem aos critérios de inclusão restarão analisados na íntegra na segunda fase. Ainda, se efetivarão demandas manuais nas referências dos estudos incluídos, a fim de identificar estudos potencialmente elegíveis para compor a amostra que não tenha sido contemplada na busca inicial (Quadro 2).

Quadro 2 - BASE DE DADOS, CHAVE DE BUSCA E RESULTADOS QUANTITATIVOS OBTIDOS.

Bases de dados	Chave de busca	Resultado da pesquisa	Total após exclusão das duplicações	Estudos pré-selecionados (após 1ª fase)	Amostra final (após 2ª fase)
PubMed					
Scopus					
Web of Science					
EMBASE					
CINAHL					
LILACS					
ERIC					
Google Scholar					
Biblioteca Digital de Teses e dissertações					
Catálogo de Teses e Dissertações					
TOTAL					

Fonte: Autores (2023).

Toda a triagem e o total de inclusão dos estudos serão documentados por meio do fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses (PRISMA) (Figura 1).

Figura 1 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS.

Fonte: Adaptado da figura Prisma (2009).

Extração dos dados

Dois revisores responderão pela feitura da extração dos dados em planilha do Microsoft Excel®. Para mapeamento das informações, recorrer-se-á como base ao instrumento do JBI para caracterização das produções (Peters *et al.*, 2020; Tricco *et al.*, 2018). As seguintes variáveis – entre outras – serão extraídas: autores, país, ano, objetivo do estudo, desenho do estudo, número da amostra, tipo de estratégia para educação sexual, profissionais envolvidos, local de execução, principais resultados, fatores potencializadores, fatores limitantes. O formulário de extração de dados (Quadro 3) será preenchido pelos revisores de maneira independente. As dúvidas ou diver-

gências sobre as extrações serão tratadas por consenso entre os dois revisores principais e, quando não resolvidos, discutidas com a participação do terceiro revisor.

QUADRO 3 - FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS.

Dados Bibliográficos	
Informações extraídas	Detalhamento das informações
Título	Título original
Autores	Nomes completos
Ano	Ano da publicação
Tipo de publicação	Tese, Dissertação ou Artigo
Revista ou Periódico	Nome da Revista
Características do Estudo	
Informações extraídas	Detalhamento das informações
Objetivo	Objetivo principal
Tema	Tema do estudo
Método	Tipo de estudo
	Ano da execução da estratégia
	Local de execução
	Número da Amostra
	Profissionais envolvidos: saúde e/ou educação
	Tipo de estratégia: programa, política, serviço, ação
Resultados	Resultado principal
	Limitações da estratégia
	Potencialidades da estratégia
Recomendações	Principais recomendações do estudo
Limitações	Limitações da pesquisa
Considerações finais	Principal conclusão do estudo

Fonte: Autores (2023).

O formulário de extração planejado para a revisão de escopo será testado e validado de maneira independente pelos integrantes da pesquisa em uma etapa-piloto que incluirá 10% dos artigos da lista final de estudos obtidos na etapa de seleção. Quando necessário, após discussões entre os autores, efetivar-se-ão ajustes nas variáveis de extração. Esse procedimento tem por finalidade garantir a consistência da extração de informações.

A amostragem dos resultados

A apresentação dos resultados deve fornecer o panorama de todas as informações sumariadas da literatura sobre o tema revisado. Na revisão de escopo, os resultados mostrados em um quadro sintético e em formato descritivo, conforme orientações do protocolo PRISMA (Tricco et al., 2018).

O quadro sintético conterá um resumo dos estudos revisados, de acordo com as informações obtidas no formulário de extração de dados, caracterizando os estudos e indicando os fatores que dificultam ou potencializam a execução das estratégias de educação sexual para adolescentes na América Latina

A modo de remate, informa-se que os resultados são suscetíveis de uma discussão por meio de categorias temáticas, tabelas descritivas ou gráficos, considerando produzir informações úteis para pesquisas futuras.

Considerações Finais

O mestrado profissional direciona seus consulentes a uma investigação ou intervenção de temáticas que denotem relevância para a Atenção Primária/Estratégia de Saúde da Família e que sejam parte no trabalho que o mestrando desenvolve como profissional de saúde. As políticas públicas e estratégias educacionais relacionadas à saúde do adolescente não devem, de modo algum, retroceder ou estagnar, havendo a importância desta temática ser trazida para discussão por quem vivencia na prática profissional o contato direto com este público.

O protocolo aqui relatado descreve e sistematiza as etapas metodológicas para realização de REVISÃO DE ESCOPO das publicações sobre as estratégias de educação sexual para adolescentes na América Latina, objetivando reduzir vieses na demanda e seleção de referências, tornando claros e uniformes esses critérios entre os revisores.

Destaca-se a noção de que os dados compilados na revisão de escopo proposta são susceptíveis de subsidiar a elaboração de argumentos e informações sobre os desafios e potencialidades relacionados às estratégias de educação sexual dos adolescentes na América Latina.

Referências

ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **ConCI: Convergências em Ciência da Informação**, Aracaju, v. 3, n. 2, p. 100–134, jul. 2020. DOI: 10.33467/conci.v3i2.13447

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005.

BARBOSA, L. U.; VIÇOSA, C. S. C. L.; FOLMER, V. A educação sexual nos documentos das políticas de educação e suas ressignificações. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 10, p. e772, 2019.

BONIFÁCIO, G.M.O; WONG, L.L.R. O caminho da saúde sexual e reprodutiva na América Latina: uma análise temporal de indicadores para cinco países da Região. **Revista Latinoamericana de Población**, Uruguay, v. 15, n. 28, p. 5-29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i1.n28.2>

CABRAL, C. S.; BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 36, n. 8, p. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00029420>

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE - CEPAL. **Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo**. 2018. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44457-primer-informe-regional-laimplementacion-consenso-montevideo-poblacion>

GÖTTEMS, L. B. D.; MOLLO, M. DE L. R. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 74, 2020.

MONTEIRO, S. A. S; SILVA, C. R.; RIBEIRO, P. R. M. Por um histórico da violência de gênero na América Latina e Caribe: “possibilidades” para as pesquisas em educação sexual. **Revista on-line de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v. 24, n. 3, p. 1809-1824, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22633/rpge.v24iesp3.14281>

MORAES, S. P.; BRÊTAS, J. R. S. ; VITALLE, M.S.S. Educação Escolar, Sexualidade e Adolescência: Uma Revisão Sistemática. **J Health Sci**, v. 20, n. 3, p. 221-30, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n3p221-230>

OLIVEIRA, A. S. D.; MOREIRA, N. F.; MORAES, A. B. V.; PEREIRA, R. A.; VEIGA, G. V. Co-occurrence of behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases in adolescents: Prevalence and associated factors. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 6, p. 747-58, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000600007>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adolescent Pregnancy**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)**. 2016. Disponível em: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_ES_2017_web.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Problemas de la salud de la adolescencia. **Informe de un comité de expertos de la O.M.S (Informe técnico nº 308)**. Ginebra, 1965. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38485>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ação global acelerada para a saúde de adolescentes (AA-HA!)**: Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países. Brasília, D.F; 2018. Doi: <https://doi.org/10.37774/9789275719985>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **The health of adolescents and youth in the Americas**: implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018. Washington (DC): OPAS/OMS; 2018.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 210, 2016.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping reviews (2020 version). *In*: AROMATARIS E, MUNN Z, (Editors). **Joanna Briggs: Institute manual for evidence synthesis**. Adelaide: JBI; 2020.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**: subsídios iniciais do Sistema Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2015. Disponível em <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/acompanhando-a-agenda2030.html>>

SANZ-MARTOS, S.; LÓPEZ-MEDINA, I. M.; ÁLVAREZ-GARCÍA, C.; ÁLVAREZ-NIETO, C. Effectiveness of educational interventions for the prevention of pregnancy in adolescents. **Aten Primaria**. v. 51, n. 7, p. 424–34. 2019 DOI: 10.1016/j.aprim.2018.04.003

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K. K.; COLQUHOUN, H.; LEVAC, D.; MOHER, D.; PETERS, M. D. J.; HORSLEY, T.; WEEKS, L.; HEMPEL, S.; AKL, E. A.; CHANG, C.; MCGOWAN, J.; STEWART, L.; HARTLING, L.; ALDCROFT, A.; WILSON, M. G.; GARRITTY, C.; LEWIN, S.; GODFREY, C. M.; MACDONALD, M. T.; LANGLOIS, E. V.; SOARES-WEISER, K.; MORIARTY, J.; CLIFFORD, T.; TUNCALP, O.; & STRAUS, S. E. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Relatório da situação mundial da infância. Adolescência. Uma fase de oportunidades**. Brasília: UNICEF, 2011. Disponível em: https://andi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/br_sowcr11web.pdf

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Resolution 71/313**: Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development. Acesso em: 10 de jul. 2017. Disponível em <<https://undocs.org/A/RES/71/313>

VIGNOLI, J. R.; DI CESARE, M.; PÁEZ, K. **Reproducción temprana**: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Santiago de Chile: CEPAL. 2017. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41609-reproducciontemprana-diferencias-grandes-regiones-mundo-al-inicio-al-final-la>

ZERBINATI, J. P.; BRUNS, M. A. T. Sexualidade e educação: revisão sistemática da literatura científica nacional. **Travessias**, v. 11, n. 1, p. 76-92, 2017.

Capítulo 7

EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA GESTANTES SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

*Agna Hanna Alencar Cardoso
Paulo César de Almeida
Andrea Gomes Linard
Sherida Karanini Paz de Oliveira*

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), quando associadas à gravidez, têm influência na saúde da mãe e do feto. Objetivou-se descrever o perfil socioeconômico, clínica e estilo de vida, bem como o conhecimento sobre doenças crônicas de gestantes acompanhadas em uma unidade básica de saúde. Este é um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com 30 gestantes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), de abril a setembro de 2022. Aplicou-se um questionário semiestruturado por meio de entrevista durante as consultas de pré-natal. O projeto atentou para todos os princípios legais e éticos. Predominaram gestantes pardas, católicas, casadas ou em união estável, em segunda gestação, sem comorbidades, sobrepeso, pressão arterial sistólica e diastólica dentro da normalidade, não fumantes e sem uso de bebida alcoólica e drogas ilícitas. Relataram alimentação saudável, mas não praticavam exercício físico. Observou-se que grande parte (76,7%) já tinha ouvido falar em diabetes ou hipertensão na gestação, contudo 46,7% não sabem ou definiram de maneira incorreta essas condições crônicas. A maioria (56,7%) das gestantes não sabia que a hipertensão tem relação com a pressão arterial alterada e 43,3% e 66,7% não sabiam que hipertensão e diabetes, respectivamente, são capazes de provocar problemas no bebê. Ademais, 46,7% desconhecem tratamento para hipertensão e diabetes na gravidez. Considera-se que o pouco conhecimento das gestantes pode afetar a busca por informações e a prática de comportamentos de autocuidado importantes para prevenção de agravos na saúde relacionados ao hipertensão e diabetes.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um grave problema de saúde pública do Brasil e no mundo, geradoras de 64% dos óbitos e seu aparecimento tem sido cada vez mais recorrente. No campo obstétrico, são responsáveis por excitar a aparição ou agravar o quadro clínico e sintomatológico de diversas alterações pertinentes ao ciclo gravídico puerperal, dentre elas a Doença Hipertensiva Específica na Gravidez e o Diabetes Gestacional. O cuidado e o controle dos seus fatores de risco são relevantes, desde o período pré-gravídico e consecutivamente na gestação, parto e pós-parto (Alves, 2019).

O aumento da incidência e prevalência é decorrente da mudança do estilo de vida, englobando-se hábitos diários, que podem ser prejudiciais à saúde, como sedentarismo, uso nocivo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e estresse, que são considerados fatores de risco associados às DCNT (Sanine et al., 2019).

Estudo em Minas Gerais relata o consumo excessivo de refrigerantes e carne com gordura em 30% das gestantes, que desenvolveram DCNT durante a gestação, apresentando comportamento negativo. Os resultados apontaram uma má qualidade da alimentação, consumo de refrigerante cinco ou mais dias na semana e sedentarismo nas gestantes. Então, resalta-se a importância de elaborar estratégias e intervenções no âmbito da saúde pública para a melhoria da alimentação e outros hábitos nesse público (Santana, 2016).

As principais DCNT na gravidez são hipertensão arterial sistêmica, diabetes, epilepsia, asma e doença cardíaca coronariana as quais podem causar malformações fetais, além de complicações para o feto e/ou para gestante, quando não tratadas corretamente no período gravídico. Portanto, o cuidado pré-natal pressupõe a avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas e evitar resultados desfavoráveis. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, é passível de incrementar o risco para a gestante e/ou o recém-nascido (Brasil, 2012b).

Estudo realizado no Rio de Janeiro com 1.855 gestantes encontrou

que as de baixa renda, baixa escolaridade e sem conhecimento eram mais propensas a desenvolver as se deparam DCNT por causa do seu estilo de vida. Já as de maior renda tinham mais conhecimento e procuravam um estilo de vida mais saudável. Logo, é nítido que a vida social em que a gestante está inserida deve ser levada em consideração no momento de uma avaliação (Santana, 2016).

O enfrentamento das complicações de saúde e mortalidades infantil e materna situa-se como uma das prioridades da política pública de saúde mediante o novo modelo de atenção em todas as instâncias da gestão no que diz respeito ao cuidado. Cada vez mais lacunas direcionam à necessidade de criação de estratégias e intervenções para obtenção de um resultado satisfatório (Regra; Salerno; Fernandes, 2017).

Assim, faz-se necessário conhecer o perfil socioeconômico e clínico, bem assim o estilo das gestantes, além de conhecimento sobre as doenças crônicas a fim de planejar e desenvolver estratégias durante o cuidado do pré-natal para atender as reais necessidades das gestantes, devendo a atuação na saúde estar voltada para o público-alvo da área de amplitude da unidade básica de saúde.

Durante as consultas, deve-se desenvolver estratégias educativas de promoção à saúde para as gestantes, como palestras, oficinas e sala de espera, além de pesquisar irregularidades na gestação, orientando à realização de atividades físicas e alimentação saudável, promovendo saúde e demandando pela prevenção das DCNT. Essas medidas são dispostas pelos profissionais da saúde que realizam as consultas contemplando ações informativas para as gestantes (Silva, 2013).

Ante o exposto, este capítulo justifica-se, ainda, por aumento das DCNT, necessidade de redução dos dados da mortalidade materno-infantil, com suas influências negativas na saúde pública, em especial, suas causas, consequências e o choque na vida das gestantes e seu bebê. Em sendo assim, objetivou-se descrever o perfil socioeconômico, clínica e estilo de vida, bem como o conhecimento sobre DCNT de gestantes acompanhadas em uma unidade básica de saúde.

Método

O estudo descritivo agora relatado tem abordagem quantitativa e realizou-se com 30 gestantes que estavam em acompanhamento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona urbana do município de Quixeramobim-CE, de abril a setembro de 2022.

A coleta de dados consistiu na aplicação do instrumento de recolha de indicadores, um questionário semiestruturado por meio de entrevista às gestantes durante a consulta de Enfermagem no Pré-natal.

O questionário foi elaborado segundo a literatura atualizada sobre o tema doenças crônicas e ficou dividido em quatro segmentos: identificação sociodemográfica e obstétrica, conhecimento da compreensão das gestantes sobre doenças crônicas.

A identificação sociodemográfica e obstétrica contemplou as variáveis idade, estado civil, escolaridade, religião, profissão, cor da pele, número de gestações, idade gestacional, número de consulta, número de gestação, número de partos, número de abortos, tabagismos, ingestão de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas, alimentação saudável, prática de exercício físico, comorbidades, antecedentes familiares, complicações em gestações anteriores.

E o conhecimento foi avaliado no que concerne à compreensão das gestantes sobre doenças crônicas. As perguntas consideraram o conhecimento das mulheres sobre sintomas, fatores de risco, severidade, complicações e modalidades de prevenção e tratamento.

Com amparo no embasamento teórico, o conhecimento foi avaliado e classificado como conhecimento adequado. A mulher que, no mínimo, ouviu falar sobre hipertensão e diabetes; soube citar que existe algo para evitar hipertensão e diabetes e alguma maneira correta de prevenção, como também aquela com a percepção de que existe tratamento para hipertensão e diabetes e citou alguma modalidade correta de tratamento.

Os dados foram organizados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.0, licença número 10101131007. Calcularam-se as médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, sob o Parecer nº 5.321.743 e CAEE 55641622.0.0000.5534 e atentou todos os princípios legais e éticos.

Resultados

A média de idade das gestantes foi de 26,6±6 anos, com idade variando de 14 a 37 anos. A faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos (46,7%). Todas moravam na zona urbana. A maioria se declarou de cor parda (23-76,7%), casadas ou união estável (19-63,3%), católica (17-56,7%), com ensino médio completo ou incompleto (17-56,7%), ocupação do lar (13-43,3%) e 63,4% relataram ter renda mensal de 1,3 a 3,3 salários- mínimos.

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo as variáveis clínicas obstétricas. Quixeramobim-CE, 2023.

Variáveis	Nº	%	Outras estatísticas
Idade gestacional			Média: 19,7 + 9,9 Max: 38, Min: 5
Nº de consultas pré-natal			
1	9	30,0	Média: 3,5 + 2,1
2	2	6,7	Max: 7, Min: 1
3	7	23,3	
4	2	6,7	
5	4	13,4	
>6	6	20	

Nº de gestação			
1	7	23,3	Média: 2,4 + 1,2
2	12	40,0	Max: 6, Min: 1
> 3	11	36,7	
Nº de parto			
0	8	26,7	Média: 1,1 + 1,0
1	15	50,0	Max: 4, Min: 0
2	7	23,3	
Nº de aborto			
0	21	70,0	Média: 1,1 + 1,0
1	8	26,7	Max: 3, Min: 0
3	1	3,3	
Primeira gravidez			
Sim	6	20,0	
Não	24	80,0	
Complicações em			
Sim	13	43,3	
Não	17	56,7	
Complicações na gestação atual			
Sim	3	10,0	
Não	27	90,0	

Observação: Idade da 1ª gestação - Média: 20,7 ± 5,7 Max: 33, Min: 13
 Complicações em Gestações Anteriores: Pressão Alta (23,0%), Parto prematuro (23,0%), Outros (Aborto, Pré-eclâmpsia, Gravidez Ectópica) – 84.6%.
 Há gestantes que apresentaram dois tipos de complicações.
 Complicações na Gestação Atual: Síndrome Hipertensiva na Gravidez (3,3%), *Diabetes Mellitus* Gestacional (3,3%), Síndrome HELLP (3,3%).

Fonte: Autores.

A média de gestação, de parto e aborto foi de $2,4 \pm 1,2$, $1,1 \pm 1,0$ e $1,1 \pm 1,0$, respectivamente. Prevaleram a segunda gestação (12-40%), ausência de intercorrências nas gestações anteriores (17-56,7%). Das 13 gestantes que responderam ter tido intercorrências, referiram hipertensão (7-53,8%) e prematuridade (6-46,1%) (Tabela 1).

A média de idade gestacional foi de $19,7 \pm 9,9$ semanas, variando de 38 a 25 semanas. E sobre as consultas de pré-natal, a média foi de $3,5 \pm 2,1$, com variação de uma a sete consultas. Ressalta-se que nove gestantes realizaram apenas uma consulta (30,0%) (Tabela 1).

Predominou ausência de comorbidades (27-90%), mas a maior parte das gestantes relatou antecedentes familiares (21-70%), sendo os mais citados: Hipertensão Arterial Sistêmica (53,3%), *Diabetes Mellitus* (46,7%) e Obesidade (6,7%). Destaca-se o fato de haver gestantes que apontaram mais de uma resposta.

Tabela 2 – Distribuição das participantes, segundo as variáveis clínicas e o estilo de vida. Quixeramobim-CE, 2023.

Variáveis clínicas	n	%	Outras estatísticas
Pressão arterial sistólica			
Baixa	10	33,3	Média: 126,7 + 52,3
Normal	14	46,7	Max: 130, Min: 100
Elevada	6	20,0	
Pressão arterial diastólica			
Baixa	4	13,3	Média: 81,3 + 9,4
Normal	21	70,0	Max: 100, Min: 60
Elevada	5	16,7	
IMC			
Normal	9	30,0	Média: 27,6 + 4,2
Sobrepeso	12	40,0	Max: 36,2, Min: 21,0
Obesidade	9	30,0	

Comorbidade		
Sim	3	10,0
Não	27	90,0
Antecedentes familiares		
Sim	21	70,0
Não	9	30,0
Tabagismo		
Sim	2	6,7
Não	28	93,3
Ingestão de bebida alcoólica		
Sim	2	6,7
Não	28	93,3
Alimentação saudável		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
Prática de exercício físico		
Sim	6	20,0
Não	24	80,0

Observação: Nenhuma participante da pesquisa tinha HAS, DM, Obesidade.
Fonte: Autores.

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), descrito na caderneta da gestante, a média foi de $27,6 \pm 4,2$, variando de 21 a 36,2, com maior frequência de gestantes classificadas com IMC sobrepeso (40%). Sobre pressão arterial, a pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica encontravam-se dentro do padrão de normalidade em 46,7% e 70% das gestantes.

Sobre o estilo de vida, a grande parte informou negação de tabagismo, ingestão de bebida alcoólica (93,3%) e uso de drogas ilícitas (29-96,7%). Ademais, a maioria referiu alimentação saudável (66,7%), mas apenas 20% praticavam atividade física (Tabela 2).

Tabela 3 - Distribuição dos dados, segundo o conhecimento sobre diabetes e hipertensão na gestação. Quixeramobim-CE, 2023.

Variáveis	Certo/ Sim	Errado/ Não	Não sei			
	N	%	N	%	N	%
Você já ouviu falar sobre hipertensão e/ou diabetes na gravidez?	23	76,7	7	23,3	-	-
Definição de hipertensão e/ou diabetes na gravidez.	16	53,3	3	10,0	11	36,7
A hipertensão na gravidez tem alguma relação com a pressão arterial alterada?	12		1	3,33	17	
O diabetes na gravidez tem alguma relação com alimentação?	13	43,3	17	56,7	-	-
Quais os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes na gravidez?	18	60,0	-	-	12	40,0
A hipertensão pode provocar problemas no bebê?	16	53,3	1	3,33	13	43,3
O diabetes pode provocar problemas no bebê?	10	33,3	-	-	20	66,7
A hipertensão pode provocar problemas na gestante?	23	76,7	-	-	7	23,3

O diabetes pode provocar problemas na gestante?	13	43,3	-	-	17	56,7
Existe tratamento para hipertensão e/ou diabetes na gravidez?	16	53,3	-	-	14	46,7

Fonte: Autores.

Observa-se que grande parte (76,7%) já tinha ouvido falar em diabetes e/ou hipertensão na gestação, contudo 46,7% não sabem ou definiram de forma incorreta essas condições crônicas. Ressalta-se que a maioria (56,7%) das gestantes não sabia que a hipertensão na gravidez tem relação com a pressão arterial alterada e 43,3% e 66,7% não sabiam que hipertensão e diabetes, respectivamente, provocam problemas no bebê. Ademais, 46,7% desconhecem tratamento para hipertensão e/ou diabetes na gravidez.

Quadro 1 - Distribuição dos dados sobre o que as gestantes sabem sobre sintomas e formas de prevenção do diabetes e a hipertensão na gestação. Quixeramobim-CE, 2023.

Variáveis	Respostas	N
Para que serve o pré-natal?	Para acompanhar e identificar os riscos de saúde para a gestante e o bebê	28
	Para acompanhar as gestantes que apresentam algum problema de saúde	25
	Para acompanhar melhor a gestante	25
O que a gestante pode sentir quando tem hipertensão na gravidez?	Dor de cabeça	24
	Sensação de mal estar	22
	Náuseas e vômitos	14
	Dores fortes da barriga	6
	Não sei	4

O que a gestante pode sentir quando tem diabetes na gravidez?	Ganho excessivo de peso na gravidez	15
	Cansaço Excessivo	14
	Visão Turva	12
	Vontade de urinar frequentemente	11
	Aumento exagerado do apetite e da sede	9
	Não sei	10
O que você acha que pode fazer para prevenir a diabetes e a hipertensão na gestação?	Alimentação equilibrada	29
	Consumo de frutas e verduras	29
	Não ingerir bebida alcoólica	20
	Fazer atividade física	18
	Abandonar o cigarro	14
	Alimentação rica em gordura	3
	Ter hábitos de vida sedentários	3

Fonte: Autores.

De modo geral, as gestantes reconhecem a importância do pré-natal e os sinais e sintomas capazes de se mostrar quando têm hipertensão ou diabetes e que manter um estilo de vida saudável com os comportamentos de autocuidado, como alimentação equilibrada, prática de atividade física, abandono do tabagismo, é importante para prevenção das doenças crônicas na gestação.

A prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em gestantes é considerada uma das principais metas a serem alcançadas no mundo, estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2013). Nesse sentido, estudos foram e estão sendo realizados objetivando avaliar o cuidado às gestantes, em especial em relação às DCNT na atenção primária.

A caracterização sociodemográfica das gestantes participantes deste estudo exprime resultados que se assemelham a outros ensaios (Dias, 2014, Guimarães, 2018) realizados em outras regiões do Brasil.

Estudo realizado por Alves *et al.* (2019) obteve como resultado alto índice de hipertensão e diabetes em gestantes brasileiras, comparando gestantes de alto e baixo risco. Ademais, as características sociodemográficas se

assemelham ao da presente pesquisa: predomínio de idade de 18 a 35 anos, anos de estudo de nove a 11 anos, mais o companheiro, sem ocupação remunerada e renda mensal *per capita* de 312,00 a 622,00 reais.

No que se refere ao histórico gestacional, observou-se aqui o predomínio de gestante em segunda gestação, o que também foi demonstrado em pesquisa transversal realizada na cidade de Francisco Beltrão, Paraná, com 61 gestantes que realizavam pré-natal nas unidades básicas de saúde do município e queriam conhecer o histórico gestacional. (Costa et al., 2016).

Pesquisa realizada no município de São Paulo intentou identificar dados que esclarecessem as intercorrências em gestações anteriores. Constatou-se que 88,6% das gestantes relataram não apresentar intercorrências nas gravidezes anteriores (Sanine *et al.*, 2019), semelhante aos dados desta investigação. Entrementes, pesquisa no município de Campinas revelou alto percentual de puérperas (97,8%) que mostraram intercorrências durante a gestação (Silva *et al.*, 2013).

Sabe-se que a realização da primeira consulta de pré-natal deve ocorrer até a décima segunda semana de gestação. E o número mínimo de seis consultas de pré-natal efetivadas representa ações essenciais para atender aos critérios de adequação segundo o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal (Brasil, 2013). Numa pesquisa de 2019, a maioria das gestantes (86,2%) indicava início do pré-natal até a décima semana, com número de consultas predominando de uma a três (58,5%), ressaltando que 53,3% das participantes estavam com idade gestacional de 15 a 27 semanas, sendo que o resultado indica que as gestantes estavam com o número de consultas adequadas (Alves *et al.*, 2019).

Quanto aos antecedentes familiares, deve-se proceder a monitoramento e rastreamento nas gestantes atendidas na atenção básica, a fim de evitar complicações ou até mesmo um aumento da mortalidade. Demais disso, comorbidades como obesidade, hipertensão arterial ou *Diabetes Mellitus* aumentam a probabilidade de desenvolver riscos para a mãe e para o feto, o que caracteriza o chamado “risco gestacional” (Santana, 2016).

Em pesquisa avaliativa realizada em 2019, dados clínicos foram mo-

nitorados da caderneta da gestante e verificou-se normalidade da pressão arterial sistólica/diastólica e sobrepeso, mostrando a divergência em relação a esta pesquisa, pois, apesar de haver um sobrepeso, a pressão arterial encontra-se normal. Deve-se, contudo, atentar para os cuidados, pois profissionais da saúde e pacientes são passíveis de não enxergar os riscos durante as consultas, somente porque a pressão arterial está dentro da normalidade. Logo, deve haver um certo receio nos indícios de complicações no parto ou pós-parto ou até mesmo próximo ao parto (Sanine, 2019).

A aferição da pressão arterial, a avaliação do IMC e verificação de comorbidades são de fundamental importância para analisar o risco de complicações maternas. Portanto, são parâmetros relevantes com a finalidade de avaliar possíveis alterações que podem vir a ocorrer durante a gestação e/ou puerpério. O Ministério da Saúde preconiza atendimentos e registros no prontuário, demandando por tais dados para reduzir a probabilidade de morbimortalidade materna (Regra *et al.*, 2017).

Com relação ao Índice de Massa Corporal, este estudo demonstrou que 70% das gestantes mostraram sobrepeso ou obesidade. Já Alves *et al.* (2019) ressaltaram em sua averiguação que as participantes foram classificadas com IMC adequado (37,9%), sobrepeso (33,7%) e obesidade (21,4%). Desse modo, observa-se que 55,8% das gestantes exibiram ganho de peso superior ao normal/ideal.

No ensaio sob relação, quase a totalidade das gestantes negou fazer uso de álcool, fumo e drogas ilícitas durante a gestação, porém, houve duas gestantes deste estudo que afirmaram fazer uso de tabaco e drogas ilícitas, antes e durante a gestação. Existe uma apreensão relativamente ao consumo do álcool e/ou cigarro durante a gestação, e tais atitudes dependem exclusivamente da gestante. Também, entretanto, é nítida a importância da educação em saúde para mostrar os malefícios que invadem o feto e a mãe, ocasionando a diminuição da sobrevivência (Quintas *et al.*, 2017).

Em relação à atividade física, é fundamental desenvolver e implementar ações no pré-natal que mobilizem gestantes a praticar atividade física. Dados do presente estudo apontaram que pequena parte praticava algum tipo de atividade física. A literatura aponta que as principais barreiras

para não realização na gestação encontram-se no cansaço, não gostar de fazer exercícios, agenda lotada, cuidado dos filhos, medo e falta de informação na gravidez (Alaglan, 2020). Assim, é necessário que sejam fomentados programas estimuladores da prática regular de atividade física direcionados às gestantes, os benefícios para a saúde da mulher e do feto (Souza, 2019).

Dados de outro ensaio mostraram um bom conhecimento das gestantes em relação às doenças crônicas não transmissíveis, demonstrando que oficinas educativas com bom fundamento teórico devem ser usadas para esse público (Bruggemann, 2008). Então, observou-se que a ação realizada na atenção primária com o intuito de desenvolver a educação continuada é bastante eficaz, acarretando uma atuação competente dos profissionais da saúde na unidade básica.

Os resultados de estudo realizado no Centro Especializado de Saúde da Mulher de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Lajeado/RS mostraram que as grávidas não possuíam conhecimento sobre diabetes, embora 90% tenham afirmado deter informação e atualização sobre temas de saúde. Ademais, desconheciam os riscos ou os cuidados necessários na gestação para evitar o DMG (Morais *et al.*, 2019).

Muitas mulheres não sabem ou pouco sabem sobre hipertensão, no entanto, a maioria das gestantes de estudo realizado em uma UAPS, em Juiz de Fora/MG, sabe que os riscos tanto para a saúde da mãe quanto para a do bebê existem, porém desconhecem quais são. O fato de não terem essas informações é capaz de implicar em se esquivarem de tal responsabilidade. Em adição, elas não sabem as ações de prevenção dos problemas causados pela hipertensão gestacional (Almeida; Souza, 2016).

Ressalta-se que o conhecimento insuficiente das gestantes sobre hipertensão arterial na gestação limita, com recorrência, os comportamentos de autocuidado e prevenção dos agravos na saúde causados pela hipertensão gestacional (Almeida; Souza, 2016).

Como limitações encontradas neste estudo, observa-se o número reduzido de participantes, embora tenha envolvido todas as gestantes da Unidade Básica de Saúde de atuação de uma das autoras, contudo se com-

preende a contribuição dos envolvidos e esperam-se evidências que colaborem com a prática dos profissionais da saúde atuantes na atenção primária e que encontram barreiras para a efetividade da assistência no pré-natal.

Conclusão

O ensaio ora sob remate possibilitou identificar o conhecimento de gestantes sobre doenças crônicas, especificamente hipertensão e diabetes, sendo constatado que elas relataram saber o mínimo a respeito da matéria. Considera-se, assim, que o pouco conhecimento das gestantes é capaz de atrapalhar a procura por informações e a prática de comportamentos de autocuidado, importantes para prevenção de agravos na saúde relacionados a hipertensão e diabetes.

Vale ressaltar a necessidade de atualização dos profissionais de saúde para realização de mais ações educativas que otimizam o conhecimento das mulheres, em especial, as gestantes, a fim de melhorar o cuidado em saúde a esse público.

Evidencia-se, portanto, a importância da prevenção das doenças crônicas no âmbito da saúde da mulher e da realização de mais estudos, com enfoque em intervenções para melhora de conhecimento, habilidades e atitudes de gestantes com vistas à prevenção de complicações e promoção da saúde.

A expectativa autoral é de que os indicadores oferecidos contribuam para o estabelecimento de estratégias de cuidado desenvolvidas por profissionais da saúde e gestores, favorecendo um pré-natal humanizado com vistas à melhoria do cuidado em saúde na atenção primária.

Referências

ALAGLAN, A.A, ALMOUSA RF, ALOMIRINI AA, ALABDULARAZAQ ES, ALKHEDER RS, ALZABEN KA. *et al.* **Hábitos de atividade física das mulheres sauditas durante a gravidez.** Disponível em: <https://doi.org/10.1177/174550652095204529>.

ALMEIDA, G.B.S.; SOUZA, M.C.M. O conhecimento da gestante sobre a hipertensão na gravidez. **Rev. APS.** V. 19, n. 3, p: 396-402, jul 2016.

ALVES, F.L.C *et al.* Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da Mulher.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. pp. 163-182.

BRÜGGEMANN, O. M., & PARPINELLI, M. Â.. (2008). Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 563–568. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000300021>COSTA, L.D.C et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.** 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08.

DIAS, R.A. **A Importância do pré-natal na atenção básica.** Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG. Minas Gerais,2014.

GUIMARÃES, W.S.G *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública.** V . 34 n.5, 2018.

MORAIS, A. M. DE; REMPEL, C.; DELVING, L. K. DE O. B.; MORESCHI, C. Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.** V. 9, n. 2, 2 abr. 2019.

QUINTAS, N. B.; BRASIL, C. B.; LIMA E. G.; DOI, G. E.; KORELO, R. I. G.; GALLO, R. B. S. Doenças Crônicas não Transmissíveis durante o Ciclo Gravídico- Puerperal e a Importância da Fisioterapia na Saúde da Mulher. **Caderno de Educação, Saúde e Fisioterapia**. V.4, n.8, 2017.

REGRA, G.L.; SALERNO, G.R.F.; FERNANDES, S.M.S. Educação em saúde para grávidas e puérperas. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. V.7, n.3, p.351-58, 2017.

SANINE, P.R *et al.* Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. V.35, n.10, 2019: e00103118.

SANTANA, N. B. **Perfil de Saúde de Gestantes Brasileiras**: uma Análise do Vigitel, 2009-2013. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora, 2016.

SILVA, E. A.T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - v.37, n.2, 208-215, 2013.

SOUZA, V.A, MUSSI RFF, QUEIROZ BM, SOUZA VA, MUSSI RFF, QUEIROZ BM. Nível de atividade física de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de um município do nordeste brasileiro. **Cad Saúde Coletiva** [Internet]. 2019 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141462X2019000200131&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 1 abr. 2021.

CAPÍTULO 8

O ENVELHECIMENTO DA MULHER: DISTINTAS PERSPECTIVAS

José Augusto de Souza Filho
Maria Irismar de Almeida
Ana Patrícia Pereira de Moraes

Introdução

Discutir o envelhecimento, em especial o feminino, é um desafio para os profissionais de saúde e a sociedade; uma vez que é preciso estar consciente de todos os fatores e desafios que esta etapa do ciclo vital humano interpõe, como os preconceitos, os sentimentos, as violências e suas experiências familiares e sociais. O ser mulher transcende muitos aspectos que desafiam os paradigmas do processo saúde-doença, e é no envelhecimento que ele atinge uma criticidade muito relevante, perfeitamente explicado pelo “idadismo” e ainda que foi fortemente influenciado pelo contexto pandêmico do vírus SARS COV 2 (Lima, Lessa, 2020).

De fato, reconhecer que a concepção do fenômeno de envelhecer e saúde e as relações com as práticas sociais são como um complexo jogo de xadrez, em que uma peça requer o movimento da próxima para que tudo aconteça. Assim como é possível analisá-lo, com suas regras e o papel de cada peça para a harmonia do jogo, assim também é o envelhecimento. “Ele é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros da mesma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente” (OPAS, 2005).

Para se pensar ações em saúde efetivas no fenômeno de envelhecer, é indispensável redefini-lo como algo em contínua reconstrução, integrativo e dinâmico, no qual estão as dimensões técnicas, políticas, sociais, familiares e científicas (OPAS, 2020).

É na permanência do ser mulher de 60 anos e mais, em sociedade e sua atuação, necessidades e desafios, é que devemos enfrentar o desafio da

promoção em saúde de transmutar um envelhecimento senil em um outro. Este será uma salutar senescência embuida de todas as potencialidades das práticas em saúde com uma assistência de qualidade e resolutive, disposta a ir além dos programas e linhas de cuidado já tão bem estabelecidos. Aqui a palavra de ordem é inovação, pensar para fora do que se estabeleceu no passado e abraçar os novos anseios com disposição para ouvir e acolher (OPAS, 2020).

O advento da pandemia de covid-19, expôs a fragilidade das instituições de saúde em atender a demandas e anseios das pessoas mais velhas que, ao mesmo tempo, se tornaram o principal alvo das ações de saúde, com imposição de grandes limitações, desde o isolamento social, a falta de acesso aos serviços, os entraves tecnológicos e sociais, as campanhas de imunizações, falta de informações e o temor projetado das *fake news* que prejudicaram diretamente o que se colocou como envelhecimento saudável, configurado na participação social, segurança e acesso aos serviços (ABRASCO, 2020).

Com relação, especificamente, ao campo da saúde e envelhecimento, uma das modalidades mais efetivas de ir ao encontro que se almeja como envelhecimento saudável é investir em Atenção Primária de Saúde e em Políticas Sociais, principalmente as que refletem acesso como o Sistema Único de Saúde - SUS. Sabendo-se que o envelhecimento é um dado de alçada relevância e que envelhecer dentro da realidade brasileira é mais do que um desafio, é um verdadeiro ato de ousadia ampliar o conhecimento sobre conceitos como o “idadismo” vão equilibrar mais a visão sobre viabilizar um envelhecimento saudável (Kalache, 2020).

O “idadismo” é definido como uma modalidade de preconceito relacionado à idade, e surge quando as pessoas são categorizadas e divididas segundo sua cronologia, sem levar outras considerações, causando prejuízos, injustiças e desvantagens que na figura da mulher mais velha precisa ser mais investigada e discutida (Teixeira, 2020).

Ele e seus sinônimos – *etarismo*, *ageismo* e *velhismo* – se referem aos estereótipos como modo de ver as coisas que formam padrões mentais como um retrato mental deturpado da realidade, gênese da imagem precon-

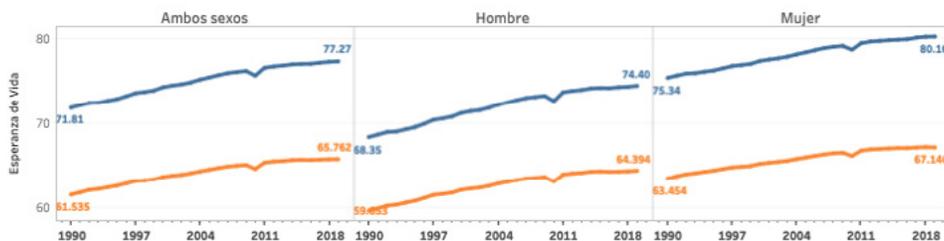
cebida, ou seja, aos preconceitos e sentimentos. Os estereótipos ou estigmas determinam as ações discriminatórias e rótulos às pessoas com relação à sua idade. Conforma um fenômeno complexo com múltiplas dimensões e determinantes (WHO, 2021).

Isso é uma realidade bastante exposta, tanto na pandemia de covid-19, como o é agora como também será segundo as projeções para 2070, quando o Brasil será suscetível de contar, em termos absolutos, com uma população de cerca de 70 milhões de pessoas idosas, ou seja, se impõe planejamento para trabalhar com esses sujeitos dentro de suas realidades que exprimem demandas crescentes (Oliveira, 2020).

Ao observar o Gráfico 1, a óptica do leitor há que ser analítica, pois requer atenção e até contemplação, pois mostra as lacunas entre a expectativa de vida e a expectativa de existência saudável, não apenas a diferença significativa entre ambas, mas também, de maneira discreta, mas constante. Isto porque essa diferença se ampliou no período 1990-2018. Isso é evidenciado pela falta de convergência nas trajetórias das curvas que representam ambos os indicadores. Há uma diferença marcante entre homens e mulheres na trajetória das curvas de expectativa de vida e expectativa de vida saudável e outras lacunas (OPAS, 2021).

Gráfico 1 - As lacunas entre a expectativa de vida e a expectativa de vida saudável estão aumentando à medida do tempo

Tendencia en Esperanza de Vida y Esperanza de Vida Saludable en las edades de <1 año en Región de las Américas de 1990 to 2019



Constata-se que a primeira diferença é em termos de nível, com as mulheres tendo maior expectativa de vida e expectativa de vida saudável do que os homens ao longo do período analisado; no entanto, a diferença entre

expectativa de vida e expectativa de vida saudável para as mulheres não é apenas maior, mas aumentou mais do que para os homens. Manifesta-se na realidade brasileira é que nem a sempre a esperança de vida decorre de qualidade de vida, transformando-se o que seria uma vitória em uma verdadeira “catástrofe”, ainda que não seja homogênea (OPAS, 2021).

Portanto, este estudo visa a avaliar o autoconhecimento da mulher desde os 60 anos no seu decurso de envelhecimento, decorrente dos preconceitos/“idatismo”, sentimentos, violência/ maus tratos, agravados ou não, com a pandemia covid19.

Metodologia

O estudo sob relato é do tipo descritivo sob o ponto de vista metodológico, com a utilização da abordagem de que, na pesquisa qualitativa, existe uma visão inteiramente tendida para a realidade que, no primeiro momento, não é quantificável, estando centrada na entendimento e explicação da dinâmica das relações sociais, que é uma das missões desta investigação, a identificação e descrição dos sentimentos, falas, sentidos e maneiras de resistência a mudanças de paradigma das mulheres de 60 anos ou mais (Minayo, 2010).

A autora ainda revela que a pesquisa qualitativa é fundamental no envolvimento do entrevistado com o entrevistador, ao contrário do que muitos pensam. Em lugar dessa atitude se configurar como um risco ou falha em objetividade, esta é condição de aprofundamento da investigação e da própria objetividade. Em geral, os melhores trabalhadores de campo são os mais simpáticos e que melhor se relacionam com os entrevistados (Minayo, 2014; Lüdke, André, 2014).

No que se refere às pesquisas descritivas, esclarece que são habitualmente utilizadas por pesquisadores sociais que questionam a atuação prática que estão alinhados com os objetivos do estudo (Lüdke, André, 2014).

Nesse tipo de estudo, é possível observar, registrar, analisar e correlacionar dados ou fatos colhidos da própria realidade, com qualidade e com

relevância para atender os objetivos da pesquisa na exploração do objeto de estudo e suas implicações com a realidade. No que se refere às pesquisas descritivas, esclarece que são habitualmente utilizadas por pesquisadores sociais que questionam a atuação prática, alinhados com os objetivos do estudo (Lüdke, André, 2014).



O local para a realização do estudo foi o município de Quixeramobim, que faz parte da Região do Sertão Central do Ceará, localizado a 203 km de Fortaleza/CE. É considerada uma cidade de pequeno porte, com uma população de 82.177 habitantes pelo Censo de 2022 (IBGE, 2022).

Quixeramobim-Ceará é um dos componentes da 8ª Coordenação de Saúde que faz parte da 8ª microrregião de Saúde do Estado do Ceará (IBGE, 2022). A Atenção Básica, nesse Município, se configura aparelhada com 21 Equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo dez equipes na zona urbana e 11 na zona rural, cinco com Programa de Agentes Comunitárias de Saúde-PACS, tendo uma cobertura assistencial de 92,11%.

Vale ressaltar que apenas 19 das equipes ESF possuem o setor de Saúde Bucal. O Município conta também com uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, que funciona com características de abrigo, prestando atendimento a pessoas idosas ou não prestando assistência médica/saúde durante 24 h para seus residentes.

Os dados foram produzidos por meio de entrevista, utilizando como instrumento um plano Semiestruturado, Observação Participante, constituído por questões subjetivas e objetivas, o que possibilitou obter informação sobre o “idadismo” e o contexto do envelhecimento (Minayo, 2010).

A entrevista, no sentido mais amplo do conceito de comunicação verbal e no senso restrito de coleta de informações sobre um tema científico, é o método mais usado no trabalho de campo. O formato semiestruturado difere apenas em grau do não estruturado, pois, para a finalidade de pesquisa, nenhuma interação se exprime de modo totalmente aberto ou inteiramente fechado (Minayo, 2010).

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro a novembro de 2022, de modo individual e anônimo, na tentativa de preservar a privacidade, gravadas em áudio e não havendo limite de tempo para as respostas. O grupo das participantes do estudo foi constituído por 20 mulheres, tendo por critérios de inclusão: Idade - pertencente ao grupo etário de 60 anos ou mais; Residir em Quixeramobim, na área de abrangência da UBS; Ter cadastro e ser acompanhada nos programas da UBS Edmilson Correia de Vasconcelos, Centro-1; Sem déficit cognitivo; com ação volitiva a fim de assinar o TCLE para participar do estudo. Há os critérios de exclusão consolidados em: Idade abaixo do grupo selecionado; Portadoras de déficit cognitivo; Não domiciliadas na área de cobertura e sem cadastro da UBS Centro 1 de Quixeramobim; e Ausência de atos volitivos.

As responsáveis para convidar as mulheres para fazerem parte do estudo foram três agentes de saúde que receberam um prévio treinamento, para melhor entendimento, sobre os objetivos do estudo. Quando da antecipação da 4ª dose da vacina, a UBS só estava atendendo ao grupo de idosos para vacinação contra covid 19. As mulheres que aceitavam participar da pesquisa após vacinação eram direcionadas ao consultório para as entrevistas. Por meio desse sistema, foram escolhidas dez 10 com 60 anos ou mais. O segundo grupo corresponde a dez mulheres, estas convidadas para realizar as entrevistas em suas residências em virtude da aglomeração e como medida de prevenção contra covid-19.

Os Critérios de Inclusão foram: Idade - pertencente ao grupo etário

de 60 anos ou mais; Residir em Quixeramobim, na área de abrangência da UBS; Ter cadastro e ser acompanhada nos programas da UBS Edmilson Correia de Vasconcelos, Centro-1; Sem déficit cognitivo; Ter ação volitiva visando a assinar o TCLE para participar do estudo. Como Critérios de Exclusão, encontram-se: Idade abaixo do grupo selecionado; Portadoras de déficit cognitivo; Não domiciliadas na área de cobertura e sem cadastro da UBS Centro 1 de Quixeramobim, e Ausência de atos volitivos.

Destaca-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com Parecer n. 5.353.032, estando em conformidade com os princípios que regem a bioética em pesquisa com seres humanos no Brasil.

Análises e Resultados

A coleta de dados mostrou uma panorâmica da caracterização das participantes, que é observar, como se estivesse do alto, o que corresponde ao distanciamento entre o pesquisador e as pesquisadas, o que culminou na demografia das participantes, agrupadas no Quadro 2, constando de: Códigono – Idade – Gênero - Conjugalidade – Níveis de Escolaridade – Profissão - Renda – Nacionalidade/Naturalidade. Assim retratados, todos esses fatores são relevantes e figuram como parte da caracterização da mulher (Viana, Silva, 2018).

Quadro 1 - Panorâmica de Caracterização das Participantes, observar, como se estivesse do alto. Quixeramobim-CE, 2022

COGNOME	GÊNERO	IDADE	CONJUGAL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA	NATURAL
Rubi	Fem.	72	Viúva	Superior	Func. Público /	Pensionista	Iguatu
Esmeralda	Fem.	66	Divorciada	Sup. Especial	Professora	Salário	Boa viagem

Opala	Fem.	62	Viúva	Analfabeta	Do lar	BPC	Quixeram.
Turmalina	Fem.	68	Casada	2º Grau	Doméstica	BPC	Quixeram.
					Agricultora vendedora em São Paulo	Aposentada e Pensionista	Quixeram.
Ágata	Fem.	69	Casada	1º Grau	Doméstica	BPC	Quixeram.
Alexandrita	Fem.	60	Separada	Superior	Artesã 48anos Pedagoga	Aguarda aposentadoria	Quixeram.
Água Marinha	Fem.	73	Casada	Não quis estudar	Doméstica	Não	MNI
Ametista	Fem.	74	Divorciada	Superior	Professora	Aposentada	Quixeram.
Amazônia	Fem.	63	Divorciada	8ª Série	Doméstica	BPC	MNI
Berilo verde	Fem.	85	Viúva	Primário	Doméstica	Aposentada	Boa viagem
Safira	Fem.	70	Viúva	2º Grau	Doméstica	Pensionista	Quixeram.
Morganita	Fem.	67	Casada	Superior Especialização	Professora	Aposentada	Quixeram.
Crisoberilo	Fem.	70	Viúva União estável	Superior	Professora	Aposentada	Quixeram.

Citrino	Fem.	81	Viúva	Primário	Agricultora	Aposentada e pensionista	Quixaram.
Granada	Fem.	69	União est.	Ensino Normal	Atendente de mercantil	aposentada	Quixaram.
Jade	Fem.	72	Separada	4ª série do 1º Grau	Artesã	Aposentada	Quixaram.
Ônix	Fem.	68	Viúva	Normal	Profª./	Aposentada	Fortaleza
Rodonita	Fem.	63	Viúva	Nível Superior Pós-Graduação	Profª.	Salário meio	Quixaram.
Topázio Imperial	Fem.	67	Divorciada	Estudou mais não aprendeu	Doméstica	Aposentada	MNI*

*Municípios Não Identificados (MNI)

Fonte: Dados da pesquisa

Para atender ao princípio ético da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, tem como exigência obrigatória manter e preservar o anonimato (Brasil, 2012). Para tanto, foram substituídos os nomes das entrevistadas pelos codinomes das pedras preciosas. Passaram a ser chamadas assim: Rubi, Esmeralda, Opala, Turmalina, Diamante, Ágata, Alexandrita, Água Marinha, Ametista, Amazonita, Berilo Verde, Safira, Morganita, Crisoberilo, Citrino, Granada, Jade, Ônix, Rodonita, Topázio Imperial.

É do senso comum a ideia de que a maioria da população que frequenta as UBS seja composta por mulheres. Essa ocorrência se tornou normalizada no conceito do grupo feminino. Em detrimento, é fato aberto ao conhecimento de todos de que o homem, cujo *habitus*, estilo de vida própria, é de não frequentar sistematicamente as UBS para consultas de rotina ou aos tratamentos preventivos, em especial, os idosos.

IDADE

Caracterizou-se, no grupo etário de 60 anos a 85 anos. As mulheres informaram as suas idades, assim, evidenciadas em cinco grupos etários o Grupo 1, de 60 a 63 anos, com 20% (quatro entrevistadas), sendo Alexandrita 60 anos; Opala 62 anos; Rodonita e Amazonita 63 anos. O Grupo 2, com as mulheres de 64 a 67, foi de 15%, composto por Esmeralda 66 anos; Morganita 67 anos; Topázio Imperial 67 anos. Eis que o Grupo 3, de 68 a 71 anos, correspondeu a 35%, composto por Diamante 68 anos; Ônix 68 anos; Turmalina 68 anos; Granada e Ágata 69 anos; Safira e Crisobelita 70 anos. Grupo etário 4 de 72 anos, 20%, tendo como compartes Jade e Rubi 72 anos; Água-Marinha 73 anos e Ametista 74 anos. O Grupo 5 daquelas com mais de 80 anos foi de 10%: Citrino 81 anos e Berilo Verde 85 anos. A Conjugalidade foi analisada no quadro abaixo:

Quadro 3 – Distribuição das entrevistadas, segundo a Conjugalidade. Quixeramobim-CE, 2022

MULHERES	CONJUGALIDADE	Nº	%
Ametista	Divorciada	4	20
Morganita	Casadas	4	20
Jade	Separadas	2	10
Ônix	Viúvas	8	40
Granada	União estável	1	5
Crisoberilo	Viúva e União Estável	1	5
Total	-	20	100

Fonte: Dados da pesquisa

No quadro da Conjugalidade o que chama mais atenção é o percentual de viúvas, de 40%. Ao se computar a Conjugalidade de Crisoberilo, que admitiu ser viúva e de União estável, fazia o percentual 45% de viúvas; o somatório de viúvas, 45%, mais separadas, 10%, e divorciadas 20%, totaliza 75% das entrevistadas enquanto que as casadas têm percentual de 20% e União estável 10%, casadas 20%. A discussão baseia-se nos contributos de variadas áreas de conhecimento – como a Sociologia da Família, os estudos dedicados às mulheres e ao envelhecimento – e nos relatos de nove mulheres viúvas, 40%; separadas e divorciadas 30% – recolhidos quando da realização de entrevistas.

Os relatos das mulheres entrevistadas revelaram uma tendência no modo de viver a viuvez, separação, na família, assumir todas as dimensões das suas vidas, quase sempre orientadas para os outros e quase nunca para si mesmas.

As suas trajetórias caracterizam-se por desigualdades múltiplas e são significativamente moldadas por modelos e representações tradicionais do padrões machistas. De uma hora para outra, a mulher tem que assumir novos papéis ou encontrar alguém que substitua o papel do cônjuge perdido (seja viuvez separação ou divórcio), mostrando que a mulher se torna a responsável por tudo, muitas vezes com a falta de autonomia, também, tem relação com a ‘santificação’ dos maridos, que, apesar de falecidos, continuam a assumir uma importância simbólica na vida destas mulheres. Ainda que não tenham sido bons, elas continuam “presas” ao nível afetivo. Perderam os maridos, mas de certa maneira com eles continuam casadas.

Baldin e Fortes (2008) afirmam, no caso das mulheres, ser a referida ‘tradição’ nas atividades domésticas que as deixa mais bem preparadas e mais independentes para viverem sozinhas, em comparação com os homens – viúvos, separados ou divorciados – que tiveram uma vida cuidados por uma mulher em quem concentraram a sua essência emocional.

Os respectivos efeitos, complexos e diferenciados, sobre a situação individual, social e econômica de mulheres e homens mostram-se a maneira como as transformações ocorridas no emprego e nas condições de proteção social determinam uma generalização da precariedade a ambos os sexos, e

perdas significativas de autonomia para as mulheres, refamiliarização dos cuidados e um risco de retorno a um passado desigualitário e assimétrico (Ferreira, Monteiro, 2015).

As profissões ou tarefas exercidas pelas entrevistadas foram: Professora, 5; Doméstica do lar, 6; Agricultora, 1; Agricultora e funcionária de firma: 12; Funcionária da Teleceará e Professora, 1; Pedagoga e Artesã, 1; Aposentada, 2, Artesã, 1; Atendente de mercantil, 1.

Em consequência de vida inteira de discriminação, que afeta negativamente a igualdade de oportunidades para mulheres e o tratamento nos mercados de trabalho, a segurança de renda em uma idade avançada e o acesso aos benefícios previdenciários contributários são piores para mulheres idosas, por exemplo. Mulheres idosas são mais frequentemente pobres e têm menos economias e ativos do que homens. Por exemplo, a pensão anual de mulheres é, em média, 27% menor do que a devolvida aos homens. Os níveis básicos de pensão das mulheres são geralmente baixos demais para atender as suas necessidades básicas. Em muitos lugares, mulheres idosas também estão mais vulneráveis à pobreza e à desvantagem em razão das leis consuetudinárias e também legais sobre propriedade e herança de terras.

Trabalhadoras idosas, em especial, são desproporcionalmente afetadas pela automação de funções, mudança tecnológica e inteligência artificial, além de corresponderem à maior parte dos cuidadores não remunerados, incluindo-se no setor informal. Ademais, práticas culturais danosas (por exemplo, “purificação de viúvas”) podem impedir o envelhecimento saudável de algumas mulheres.

A distribuição é feita no Quadro 5, apontando para as diversas instituições em que as mulheres entrevistadas recebem o dinheiro. Isto porque, quando questionadas sobre salários, elas se limitaram a citar o órgão e os nomes dos seus benefícios, inferindo-se qual o valor da renda. Vale ressaltar que não foi questionada a Renda Percepta.

Quadro 5 - Demonstrativo das Instituições das quais as entrevistadas recebem seus Benefícios. Quixeramobim-CE, 2022

COGNOME	RENDA
Rubi, Safira	Pensionistas INSS (2)
Ametista, Granada, Jade, Ônix, Berilo Verde, Morganita Crisoberilo, Topázio Imperial	
Rodonita, Esmeralda	Salário (1) e Salário meio (1)
Citrino, Diamante	Aposentada e Pensionista INSS (2)
Ágata, Turmalina, Opala, Amazonita	Gov. Federal BPC (4)
Alexandrita	Aguarda aposentaria (1)
Água Marinha	Não recebe nada (1)

Fonte: Dados da pesquisa

Eis o mapa da nova pobreza revelado por Neri (2021): 29,6% dos brasileiros têm renda familiar inferior a R\$ 497 mensais; o Estado com menor taxa de pobreza em 2021 foi Santa Catarina (10,16%); no extremo oposto, está o Maranhão, com a maior proporção de pobres (57,90%); a pobreza aumentou durante a pandemia no Brasil. Observa-se que há um “Mapa da Nova Pobreza”, onde é contestado o estudo desenvolvido pelo FGV Social, a partir de dados disponibilizados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010; Neri, FGV Social, 2021).

De acordo com o estudo, o contingente de pessoas com renda domiciliar *per capita* de até R\$ 497 mensais atingiu 62,9 milhões de brasileiros em 2021, o que representa 29,6% da população do País. Em dois anos (2019 a 2021), 9,6 milhões de pessoas tiveram sua renda comprometida e ingressaram no grupo de brasileiros que vivem em situação de pobreza. O economista Marcelo Neri, diretor do FGV Social destaca: “a pobreza nunca esteve tão alta no Brasil quanto em 2021, desde o começo da série histórica da PNADC em 2012, perfazendo uma década perdida. Demonstramos nesse período que 2021 é ponto de máxima pobreza dessas séries anuais para uma

variedade de coletas amostrais, conceitos de renda, indicadores e linhas de pobreza testados” (Neri, FGV Social, 2021).

No dizer de Neri (2021), é importante fazer a avaliação do nível e da evolução espacial da pobreza durante os últimos anos no Brasil, usando os microdados da PNAD Continua Anual, recém disponibilizados pelo IBGE. O FGV Social explorou, inicialmente, o cenário básico dos grandes números da pobreza nacional. Após essa primeira análise, o estudo fez a espacialização destes números em Unidades da Federação e estratos geográficos, o que constitui a principal contribuição do levantamento.

Na etapa final, foi fornecida uma visão de prazo mais longo conectando com resultados anteriores.

Mapeamos a influência das escolhas metodológicas usadas na medição e de uma miríade de linhas de pobreza nacionais e internacionais nos resultados encontrados. Os maiores níveis e incremento da pobreza na pandemia são robustos. Eles pintam o mapa da pobreza brasileiro em tons mais fortes de tinta fresca, complementa o autor (Neri, 2021).

Outro dado importante que leva ao empobrecimento das idosas é a violência financeira contra estas pessoas, considerada como qualquer prática que visa à apropriação ilícita do patrimônio de uma pessoa idosa, e é muitas vezes realizada por componentes familiares, profissionais e instituições, tornando-se mais cruel quando este tipo de violência é contra a mulher, em suas variegadas dimensões, muito maior do que a imaginada. Segundo Minayo (2006), há distintas maneiras de violência contra a mulher contemporânea. e afirma: no termo ‘violência’ cabem várias interpretações.

Prescreve o Estatuto do Idoso, a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, art. 102: Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento da pessoa idosa, dando-lhes aplicação diversas as de sua finalidade: Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa (Brasil, 2003). Qualquer tipo de violência, não só a física, os autores apontam como adoecimento precoce e acelerada senilidade. (Couto, Koller, 2009).

Após conhecer os aspectos sociodemográficos das entrevistadas, elas foram convidadas para dialogar sobre seu envelhecimento, “coisas que

“você acha que marcou a sua vida, opiniões dos outros que lhe afeta, sobre seus hábitos e costumes que lhe aborrecem, suas significações, desafios e resiliências”, conforme constante no quadro a seguir.

Quadro 6: Autoconhecimento Envelhecer em distintas perspectivas suas significações, desafios e resiliência. Quixeramobim-CE, 2022

CODINOME	FALAS
Rubi (72 anos)	[...] eu tenho 72 anos por fora, por dentro eu tenho 15,
Ágata (69 anos)	[...]eu tenho orgulho de estar chegando aos 70 anos.
Citrino (81 anos)	[...] eu agradeço a Deus...meu filho! a minha idadezinha. 81 anos
Granada (69 anos)	[...] sou felicíssima [...] sou muito alegre. [...] porque viver é muito bom, foi assim que minha mãe viveu. [...] e me ensinou.
Água Marinha (73anos)	[...] eu não tenho nada de ficar triste, com a minha idade não.

Fonte: Dados da pesquisa.

Durante as entrevistas, o grupo ressaltou as personalidades de cada mulher nas falas, sentia e comentava sobre diferentes formas do pensar o processo de envelhecer, enaltecia a vida, porém, não se esquecia da dificuldade de viver este período, “... é alegria, ser muito alegre sou feliz, ter felicidade, orgulho em conquistar a longevidade, agradecimento a Deus, viver é muito bom”. Através de seus significados, emergiu o conceito, foi grupal, mas as especificidades do processo de envelhecer foram individuais, como a capacidade de exprimir o pensamento mediante palavras e explorar o universo de sentidos, e analisando suas ideias sobre como envelhecer. O autoconhecimento da mulher sobre o seu envelhecimento, que advém de uma longa trajetória humana cheia de recortes e lacunas, é retratado assim:

Tenho 72 anos por fora, por dentro eu tenho 15, eu sou feliz, sou felicíssima, sou muito alegre porque viver é muito bom foi assim que minha mãe viveu, e me ensinou, adoro minha idade gosto das palavras:, idosa, terceira idade, acrescenta, ainda eu adoro minha idade, graças a Deus, por exemplo, uma idosa como eu, gosta dessas palavras é até diferente, não gosto da palavra “velha” eu tenho orgulho de estar chegando aos 70 anos eu agradeço a Deus...meu filho! A minha idadezinha. 81 anos, não tenho nada de ficar triste, com a minha idade não.

A vida é inspirada pela mensagem de Guimarães Rosa; *“Viver-nos é - é muito perigoso? Porque ainda não se sabe. Porque aprender-a-viver é que é o viver mesmo”*. São essas palavras que conduzem a se perceber como este grupo de mulheres constrói e percebe seu envelhecer e os obstáculos decorrentes desse viver, no caminhar da existência, resiliência, desafios, amor a vida [...] *antes dos cem anos não tem conversa não, [...] vou pensar se vou embora. felicíssima da longevidade, gratidão por envelhecer, não ter nada de ficar triste...e aceitar o envelhecer como sentimento que explode de muito prazer, grande satisfação, não representa atitudes corriqueiras, e é muito menos fácil. Este grupo de mulheres com 60 anos ensina.*

Gráfico 3 - Percepção sobre os disfarces do “idadismo” e outros preconceitos sofridos pelas mulheres. Quixeramobim-CE, 2022



Fonte: Dados da pesquisa

A idade é uma das primeiras coisas que se nas outras pessoas. O “idadismo”, o preconceito em relação à idade, surge quando ela é usada para categorizar e dividir as pessoas de maneira a causar prejuízos, desvantagens e injustiças.

Segundo o relatório mundial sobre o “idadismo” (OMS, 2021), o resumo executivo descreve uma estrutura de ação para reduzir esse fenômeno, incluindo recomendações específicas para distintos, como, por exemplo, governos, agências da ONU, organizações da sociedade civil e setor privado. Essas estratégias são divisíveis em três grandes grupos: políticas e leis, atividades educativas e intervenções de contato intergeracional.

Reúne, também, as melhores evidências disponíveis sobre a natureza e a magnitude do “idadismo”, seus determinantes e o seu impacto. Dentre as áreas de ação importantes elencadas nesse contexto, estão: investir em estratégias com base científica para prevenir e combater o “idadismo”; melhorar os dados e as pesquisas para compreender melhor esse fenômeno, assim como as maneiras de reduzi-lo e construir um movimento para mudar o discurso em torno da idade e do envelhecimento. Implementar essas recomendações requer compromisso político, participação de variados setores e agentes, bem como adaptações específicas para os variegados contextos. Quando possível, devem ser implementadas conjuntamente, para maximizar o seu influxo positivo (OMS, 2021).

O documento também identifica lacunas e propõe linhas de pesquisas futuras para melhorar a compreensão do “idadismo”. De tal modo, demonstra conteúdos e propõe áreas de ação que auxiliam a melhorar a saúde, aumentar as oportunidades, reduzir os custos e permitir que as pessoas prosperem em qualquer idade (OMS, 2021).

O idoso é produtivo, só que é difícil quantificar a produção, por exemplo, do idoso que cuida dos netos para os jovens irem à luta, do avelhantado que faz trabalho voluntário; ou do anoso com um papel na sociedade que é imaterial, mas essencial: vive-se grande crise sanitária e, quando isso acabar, os idosos é que vão acalantar a sociedade que viveu 600 mil mortes (Kalache, 2022).

Vive-se sob o mantra do Vale do Silício do *move fast and break things* – mova-se rápido e quebre coisas! Não se importe com os destroços deixados para trás, mas é preciso se mover com maior cuidado, e, caso se saiba fazer isso, é porque já foram vividas poucas e boas e se conseguiu – como no bordão bem repetitivo e maníaco – “*ver a luz no fim do túnel*”.

Existem outras modalidades discriminadoras por idade, digamos mais “*gentis*”, mais invisíveis, consentidas pelas pessoas idosas, mas que são tão nocivas quanto a frase ouvida no metrô, tipo: “*nossa, você tem 61 anos, não parece!*”. Nessa fala, está embutida a imagem de alguém que com essa idade deveria estar acabada. Precisa estereótipo maior do que esse que todos os dias escutam de jovens, adultos e outros velhos? Ou, ainda, a expressão que se acaba ouvindo de si próprio (a), em silêncio, ao parar ante uma vitrine por ter gostado de uma roupa: “*você não acha que já passou da idade para usar isto?*”. Pois é, ao fim e ao cabo, incorpora-se o preconceito etário e culpa-se a idade por tudo. É aí que mora um dos maiores perigos...

Todos, inclusive as pessoas idosas, têm preconceito em relação à idade. Como? Se você já passou dos 60 anos e alguém a chamar de velha (o), como você encara? Ou responde que “*velha é sua vovozinha*” ou xinga, por achar uma ofensa. Pois é, tem-se vergonha de ser velho (a), de assumir a velhice. O dia em que velhas e velhos não tiverem mais vergonha da velhice, pelo contrário, orgulho, mudar-se-á, certamente, esse cenário perante as gerações mais jovens. Se, porém, caso se continue negando a velhice onde se habita e se inculpar a idade por tudo, esse panorama preconceituoso só tende a ser reproduzido, infelizmente.

Para Ferrigno (2002, p. 48) a discriminação aos velhos é o resultado dos valores típicos de uma sociedade de consumo e de mercantilização das relações sociais. O exagerado enaltecimento do jovem, do novo e do descartável, além do descrédito sobre o saber adquirido com a experiência da vida, é constituído das inevitáveis consequências desses valores.

Considerações Finais

Este estudo demanda pela concepção do autoconhecimento do fenômeno do envelhecimento em distintas perspectivas da mulher e do homem ao contabilizarem 60 anos ou mais, procurando entender, com amparo nos seus discursos, como esta concepção se define no seu cotidiano e de que modo é vivenciada por seus agentes concretos.

A intenção foi a de salientar a importância de ouvir as distintas atores, com o escopo de contemplar o ponto de vista das que estão envolvidas no envelhecimento, por intermédio dos seus significados, e em consonância com o objeto do estudo arrimado nos preconceitos/“idatismo”, “por acaso” vividos pela mulher e os fatores de implicação direta ou não no seu processo de envelhecer, inclusive com os sentimentos (tristeza, solidão, e momentos depressivos) acrescido das emoções provenientes dos medos, de violências/maus tratos, agravados ou não durante a pandemia, seus efeitos e das suas experiências e convivências havidos sobre sua longevidade, com riscos de não ter o envelhecimento saudável.

Envolver e acolher o envelhecer como sentimento que explode de muito prazer, grande contentamento, não perfazem atitudes corriqueiras. Muito menos fácil representa o que este grupamento de mulheres com 60 anos e mais quis ensinar, como uma das mais importantes, quiçá, o segredo da longevidade, sendo feliz agora e sempre, não importando os desafios e sim as resiliências que devem ser conhecidas e respeitadas, considerando-as como significados.

Para este grupo, definir seu envelhecer foi algo positivo, isto é, o fato de estar na terceira idade, sendo muito bom sentir-se feliz, felicíssima. Assim, o envelhecimento saudável é estritamente ligado à iniquidade social e econômica, de sorte que é preciso ter a consciência de que esse *status quo* é um processo coletivo, ou, em outras palavras, todos os que envelhecem precisam ter meios estratégicos para não “deixar cair a peteca” e continuar a vida dotada de qualidade e de segurança.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Pandemia da Covid-19 e um Brasil de desigualdades**: populações vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade [Internet]. Rio de Janeiro: 2020 [acesso 2020]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gt envelhecimentosaudecoletiva/2020/03/31/pandemia-do-covid19-e-um-brasil-de-desigualdades-populacoes-vulneraveis-e-o-risco-de-um-genocidio-relacionado-a-idade/> Acesso em 2021].

BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. (2008). Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, 5(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v5i1.257>

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília: **Diário Oficial da União**.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

COUTO, MCP DE P.; KOLLER SH.; NOVO R.; SOARES, PS. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageísmo. **Psic: Teor e Pesq** [Internet]. 2009Oct;25(4):509–18. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400006>

DENZIN, N.K, LINCON, Y.S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. *In*: **Ecol o planejamento da pesquisa qualitativa**. 2005.

DIAS, M. B. **Manual de direito das famílias**, 2016. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

FERREIRA, V., MONTEIRO, R. Austeridade, emprego e regime de bem-estar social em Portugal : em processo de refamilização ? **Ex Aequo**, v.32, p.49-67. 2015.

FERRIGNO, J. C. O Estigma da velhice: uma análise do preconceito aos velhos à luz das idéias de Erving Goffman. **Revista da terceira idade**. São Paulo, v. 13, nº 24, p.48-56, abr-2002.

GOLDENBERG, M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://cidade.ibge.gov.br/brasil/ce/quixerambim/panorama>. Acesso 12 de Setembro de 2022.

KALACHE, A. **Envelhecimento, mudanças demográficas e pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

KALACHE, A. **Envelhecimento ativo**: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade, 2015.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis versus terceira idade. In: LESSA I, org. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 2020. p. 203-22.

LIMA, K. C. *et al.* A pessoa idosa domiciliada sob distanciamento social: possibilidades de enfrentamento à COVID-19. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, 2020.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 2. ed. Rio de Janeiro: E.P.U., 2014.

MINAYO, Maria Cecília S. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. **Temas em Saúde collection**. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Available from SciELO Books

<<http://books.scielo.org>>.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

NERI, F.G.V. **Mapa da nova pobreza**: estudo revela que 29,6% dos brasileiros têm renda familiar inferior a R\$ 497 mensais. Rio de Janeiro: FGV, 2022.

OLIVEIRA, W. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Revista Epidemiologia, Serviço Social e Saúde**. v. 2, n.29, p.1-8, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre o idadismo**: resumo executivo, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMÉRICA DA SAÚDE. **A Década do envelhecimento saudável. 2021-2030**: estratégia global da OMS sobre o envelhecimento em saúde nas Américas. Brasília, out.1, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMÉRICA DA SAÚDE. **Relatório: COVID-19**. Destaca necessidade de fortalecer autoridades reguladoras nacionais na América Latina e no Caribe. Brasília: OPAS, 2021.

TEIXEIRA, F. A. *et al.* A evolução da Covid-19 e incidência nos óbitos da população idosa: defesa do isolamento horizontal. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 11, n. 3, p.167-182, 2020.

VIANA, A.L, SILVA, H.P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Cien Saúde Colet**. V.23, n.7: p.2107-18, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.07582018>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Director-General's opening remarks at the**

media briefing on COVID 19. 11 March 2020 [internet]. Genebra: OMS; 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-20>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on ageism.** Geneva: 2021.

CAPÍTULO 9

DEMANDA REPRIMIDA: LIMITES E DESAFIOS POLÍTICOS NA ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CEARENSES

Mirnis Aparecida Vieira de Macedo

Ana Patrícia Pereira Morais

José Maria Guimarães Ximenes

Antônio Germane Alves Pinto

Introdução

Para uma Atenção Primária à Saúde (APS) com maior resolubilidade e com uma atenção integral, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2008, uma equipe chamada Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB), conforme Portaria nº 154, com a proposta de ampliar e apoiar as ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2008).

Em novembro de 2019, nos termos da Portaria nº 2.979, foi instituído o Previne Brasil, um financiamento destinado à Atenção Primária, trazendo em seu escopo mudanças, limitações e exclusão da equipe NASF-AB da folha de pagamento (Brasil, 2019). As principais mudanças promovidas pelo Previne Brasil dizem respeito ao repasse de recursos públicos, tendo sido extinto o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável e adotando-se o repasse de verbas federais de acordo com o número de usuários cadastrados. Segue com a exclusão no credenciamento das equipes NASF-AB, conforme Nota Técnica nº 3/2020, de 27 de janeiro de 2020 (Brasil, 2020).

Com a extinção do NASF-AB, foi instituída a Equipe Multiprofissional da Atenção Básica em Saúde e, no corpo do texto, definida com a sigla EMABS, que tem como finalidade complementar a rede de atenção e cuidados oferecidos pela ESF em seus devidos territórios de atuação. Tais equipes são compostas por profissionais das áreas da saúde como: médico acupunturista, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, entre outros. Enseja, desde o conhecimento específico destes profissionais,

a formulação conjunta de projetos terapêuticos que ampliem e qualifiquem as intervenções de grupos populacionais. Conforme Morosini (2020), três argumentos foram expressos para justificar a nova política de financiamento: atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais, alcançar os grupos mais vulneráveis e, garantir custo-efetividade na política de atenção básica.

Haja vista esse novo financiamento da APS, e direcionando ao município a autonomia em seguir com o EMABS, suscitam-se alguns questionamentos: Como se deu a organização da EMABS na atenção básica no Ceará, após mudanças políticas e gerenciais na atenção primária em saúde? As equipes vão seguir com ampliação ou redução do número de equipes ou mesmo exclusão delas? Qual a compreensão dos gestores quanto à autonomia repassada para os municípios?

Assim, o capítulo toma como objeto de estudo a organização das EMAB no Ceará, considerando a dimensão das políticas municipais e gerenciais na Atenção Primária, relativos ao financiamento após a Emenda Constitucional nº 95/2016 e após o Previne Brasil.

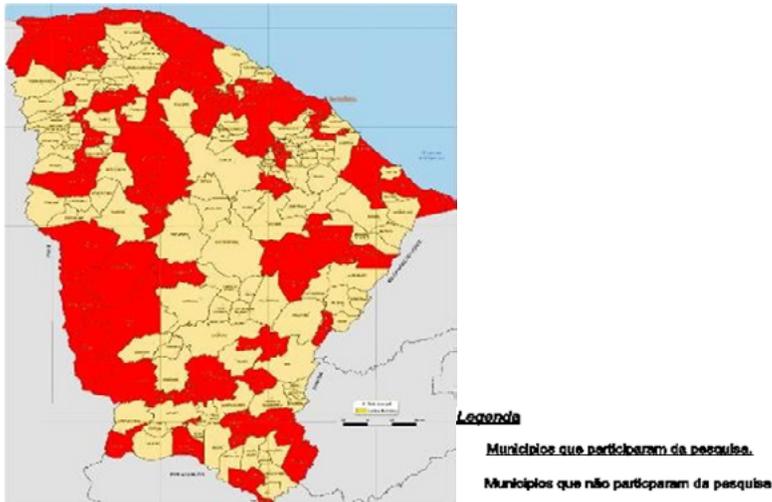
Convém assinalar, por oportuno, a relevância que significa este experimento, com o escopo de a comunidade ampliar sua óptica a respeito da importância da equipe EMABS no território, ensejando aos gestores a reflexão sobre a garantia da continuidade dos princípios do SUS, pois irá contribuir, decerto, para a continuidade da equipe EMABS na APS, ao acompanhar um modelo de saúde inclusivo e íntegro, proposto pelo SUS, e hoje carente de pesquisas no âmbito das novas circunstâncias de financiamento. Além disso, oferecerá subsídios às gestões municipal e federal, com vistas a implementar mudanças nos modos de financiamento do EMABS. Desse jeito, objetivou-se analisar a organização das equipes multiprofissionais no Estado do Ceará, com suporte na dimensão política e gerencial.

Metodologia

E o evidenciar que o Ceará é o pioneiro na atenção primária em saúde como exemplo; os programas de agentes comunitários de saúde e es-

tratégia de saúde da família, com demonstrações de superação, criatividade e inovação de implementação de políticas públicas. Têm-se como população os 184 gestores municipais do estado do Ceará, sendo a amostra os 80 gestores que responderam à pesquisa, conforme imagem representativa abaixo.

Figura 1 - Distribuição dos municípios que responderam à pesquisa. Fortaleza, 2023.



Fonte: Os Autores (2023).

Para a realização da pesquisa, adotou-se como critério de inclusão: exercer o cargo de Secretário de Saúde ou Coordenador da Atenção Básica à Saúde em um dos 184 municípios cearense e, no momento da coleta de dados, aceitar participar da pesquisa e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respondendo ao questionário até 31/08/2022. Como critério de exclusão: municípios que não têm equipe EMABS/NASF-AB, assim como a duplicação de respostas por mais de um município.

Análise de Dados

A coleta de dados foi um questionário eletrônico através do *Google Forms* com questões fechadas e abertas, além das sociodemográficas. O teor das questões abordou temas como: organização do EMABS, gerenciamento, decisão política em manter ou não as equipes; bem como os desafios do EMABS. Os questionários eletrônicos foram enviados via *e-mails* ou *WhatsApp* durante três vezes na semana. Em 31 de agosto de 2022, a coleta de dados foi finalizada com 91 respostas. Com atribuição dos critérios de exclusão, 11 questionários foram excluídos, sendo: sete dos gestores municipais que responderam duas vezes e quatro que responderam que não tinham EMABS em seus municípios.

Para a etapa de organização e análise dos indicadores, recorreu-se ao método de Análise de Conteúdo, sugerido por Minayo (2006), numa perspectiva crítico- reflexiva. A análise seguiu com o primeiro contato com material da pesquisa, a transcrição dos questionários eletrônicos e a organização dos relatos em determinada ordem. Após este processo, deu-se início à leitura do material transcrito e foi realizada a classificação dos dados. Efetivou-se, então, a apreciação das questões subjetivas, com o objetivo de esclarecer núcleos de sentido com suporte nas ideias centrais sobre o tema. Emergiram três categorias, descritas no quadro abaixo.

Quadro 1 – Categorias (Unidades de Sentido). Fortaleza, 2023.

Categoria 1 – EMABS: Manter ou não manter: decisão política e limites gerenciais na construção do cuidado integral

Integralidade como princípio fundamental do EMABS/NASF-AB. Continuidade das equipes EMABS/NASF-AB por decisão política local. Ausência de financiamento federal para o EMABS/NASF-AB. Centralização nos indicadores do Previne Brasil para médicos, enfermeiros, dentistas. Valorização do EMABS/NASF-AB no enfrentamento da Covid 19 para alguns municípios
--

<p>Categoria 2 - Desafios gerenciais e a heterogeneidade operacional dos EMABS</p> <p>Alta demanda para atendimento individual versus atividade de promoção em saúde. Formação dos profissionais na graduação sem escopo generalista. Cultura da população e dos profissionais direcionados para modelo biomédico. Coordenação do EMABS/NASF-AB sem diretrizes sólidas para as práticas em território. Atividades realizada pelo EMABS/NASF-AB de modo heterogênea. Fragilidade nas relações interprofissionais.</p>
<p>Categoria 3 – Fortalecer equipes multiprofissionais na APS: entre o possível e o ideal</p> <p>Fortalecimento da APS com apoio do EMABS/NASF-AB e suporte em rede Custeio do EMABS/NASF-AB em esfera federal e mais valorização à nível federal</p>

Fonte: Os Autores (2023)

As respostas dos gestores seguiu com as categorias empíricas. Para não expor os gestores e seus municípios, as respostas foram identificadas pela letra “M”, de município, seguida de um número 1, 2, 3, em ordem crescente, de acordo com o quantitativo, e seguido das letras a, b, c, d, e, f, que correspondem as seis questões a saber: M1a, M1b, M1c, M1d, M1e, M1f, M2a, M2b, M2c, M2d, M2e, M2f. M73f.

Este estudo expressa parte dos resultados da dissertação de mestrado profissional em Saúde da Família - “Organização das equipes Multiprofissionais na Atenção Básica no Ceará em sua Dimensão Política e Gerencial nos Sistemas Municipais de Saúde. A proposta do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 14 de junho de 2022, conforme Parecer 5.467.663. Todos os gestores de saúde que aceitaram o convite para participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos fundamentais foram priorizados em todas as etapas da investigação, a saber: Autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Resultados

EMABS - Manter ou não manter: decisão política e limites gerenciais na construção do cuidado.

Os participantes do estudo compreendem que romper com a manutenção das equipes EMABS compromete a integralidade, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado integral pela APS. Destacam em suas respostas a importância em manter as equipes multiprofissionais, mesmo com fragilidade no financiamento. Observam-se a seguir falas dos gestores com a perspectiva do protagonismo da EMABS para o cuidado integral.

A manutenção das equipes se dá pela importância de categorias diversas, por saberes diversos no cuidado ampliado e longitudinal do usuário do SUS. A lógica matricial em que as equipes atuam aumenta o repertório de cuidado para as equipes mínimas. Agindo assim conseguimos e acreditamos estar em consonância com os princípios de diretrizes do SUS. (M71a).

Em razão da importância das equipes multiprofissionais na resolubilidade dos casos na Atenção Básica, a gestão manteve a política assim mesmo. Existe residência multiprofissional, então há a necessidade de preceptores para tal e, mesmo sem financiamento direto, as equipes são mantidas com profissionais em diversas especialidades (M27a).

O Manual de Diretrizes EMABS define e destaca a integralidade como a principal diretriz a ser praticada pelas equipes EMABS, sendo compreendida em três sentidos: 1) abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia do cuidado longitudinal; 2) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e 3) organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (Brasil, 2009, p. 16).

As equipes EMABS contribuem para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente, por intermédio da ampliação da clínica,

auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (Brasil, 2011). Conforme Starfield (2002), a integralidade é entendida desde ângulos diversos, não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão, compreendida como “atendimento integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Assim os gestores reconhecem a importância de EMABS, entendem que desempenha papel primordial para a manutenção da saúde, visto que as demandas de saúde na rede de serviços da atenção primária necessitam da participação de outros profissionais, proporcionando, desse modo, resolubilidade e abrangência dos serviços oferecidos pela atenção básica.

Mantivemos as equipes que priorizam atendimento em programas de desenvolvimento infantil, assistência ao pré-natal e ao diabético e hipertenso (M59a).

Mantemos a equipe para a melhoria no cuidado geral do paciente, pois temos que contribuir para o cuidado integral aos usuários do SUS, analisando e avaliando sempre na intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, focando no cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde (M73a).

Com isto, a avaliação é uma providência para subsidiar processos de tomada de decisão. No campo das políticas públicas em saúde, o desenvolvimento de tecnologias, as crises no financiamento, o envelhecimento das populações e, ao mesmo tempo, a procura de garantia do acesso a serviços de qualidade por usuários cada vez mais exigentes tornam a tomada de decisão uma tarefa complexa e difícil (Champagne *et al.*, 2011b).

Com a mudança do financiamento da atenção básica, os gestores relatam a respeito da nova maneira de prover incentivos com os indicadores do Previne Brasil, uma vez que centraliza a assistência à saúde e isto colabora com a fundamentação do modelo biomédico que ainda se mantém. Isto implica um retrocesso no modelo de saúde, tornando-o um modelo hegemônico, como colocado pelo gestor M27c:

Para a implantação de equipes multinacionais não há financiamento tão pouco os indicadores que serviram para financiamento não contemplam a produção de equipes profissionais sendo voltadas para as categorias tradicionais do PSF a saber médico dentista e enfermeiro considerando a atual política um atraso na consolidação do atendimento interdisciplinar e multiprofissional na atenção básica (M27c).

Nesse contexto, e tendo em vista a organização das Redes de Saúde, a integralidade é vista como um desafio, na perspectiva do entendimento da multidimensionalidade do ser humano. As redes preveem ações orientadas a atender as necessidades de saúde da população, prestadas de modo contínuo e integral por equipes multiprofissionais que compartilham objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (Brasil 2010).

Haja vista o modelo biomédico ainda em curso, se torna necessária a transformação na atenção básica, operando-se mudanças de paradigma, sobretudo, de cenários políticos que valorizem os preceitos da APS, reportando-se à conferência da Alma Ata (1978).

A ausência de indicadores do Previne Brasil para o EMABS traduz a desvalorização destas equipes da AB o plano do Governo Federal. Sendo assim, as atividades de atendimento e atividades de promoção e prevenção de saúde do EMABS são direcionadas para a soma dos indicadores dos médicos, enfermeiros e dentistas.

O Previne não privilegia a formação de equipes multinacionais, não tem financiamento para residentes de outras áreas que não sejam as tradicionais medicina, enfermagem e odontologia, assim como os indicadores são voltados para essas mesmas categorias sendo desestimulado que os municípios mantenham essas equipes na atenção básica (M27b).

Na avaliação de Mendes, Melo e Carnut (2022, p05.), o Previne Brasil “Não fez uma reestruturação, como dizem. Essa é uma estratégia de desmonte da atenção primária e traz embutida uma visão seletiva da política de saúde”. A extinção do financiamento diretamente relacionado às EMABS representam uma importante mudança na condução do financiamento, no

sentido de não haver mais incentivos à implementação de ações multiprofissionais, típicas do modelo universal e integral do SUS.

O desestímulo à manutenção das EMABS, com a exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional, elimina um diferencial positivo do sistema brasileiro e submete a risco o princípio da integralidade, ademais com a previsão de vínculos precários por dois anos (Seta; Reis; Ramos, 2020).

No contexto de cuidado integral, e o momento pandêmico de covid-19, gestores destacam a EMABS como apoio positivo na continuidade do atendimento integral, mas com necessidade de recursos e limitação de ampliação das equipes, como se pode verificar nas falas abaixo:

Diante da real necessidade da população, principalmente depois da pandemia, ampliamos o número de profissionais, mesmo isso trazendo um impacto financeiro maior, porque entendemos que a promoção a saúde e o fortalecimento das ações multiprofissionais, trará um resultado positivo e satisfatório a população (M72a).

As metas previstas no Previne Brasil não se apresentaram coerentes com os desafios surgidos na Pandemia, quando os serviços foram readequados a nova ordem de emergência sanitária da SAR-CoV2 (M32c).

Em vivência da pandemia, estudos afirmam o apoio efetivo das equipes no enfrentamento a esta doença. O trabalho do EMABS foi gradativamente se reestruturando à medida do tempo em decorrência da crise sanitária. As equipes direcionaram suporte para as ESF por meio do teleatendimento de pacientes suspeitos de contaminação por covid-19, apoiando os processos de monitoramento *online* ou presencial, dando suporte na organização das unidades de saúde e das tendas com matriciamento, com as equipes para os casos mais complexos (Silva; Goebel, 2022).

Diferentemente, entretanto, do que ocorreu na endemia do vírus ZIKA/microcefalia, em que as EMABS, com a portaria n.1.171, de 16 de junho de 2016, tiveram um aumento dos incentivos destinados a elas, durante a

pandemia de covid-19, em 2020, estas equipes foram excluídas, ficando a critério dos municípios dar continuidade ou não ao processo.

Desse modo, sem apoio federal, nem incentivos durante o período pandêmico, em vez do número de EMABS/NASF-AB aumentarem, houve grande diminuição destas equipes com a emissão da portaria nº 2.979, Previner Brasil, um financiamento da APS com escopo de mudanças, limitações e exclusão da equipe NASF-AB da folha de pagamento (Brasil, 2019).

No tocante ao credenciamento de novas equipes após a implementação do Previner Brasil, que se deu no mesmo período da pandemia do COVID-19, os gestores relatam que:

Reduziu o número de profissionais (M18b).

Diante da real necessidade da população, principalmente depois da pandemia, ampliamos o número de profissionais, mesmo isso trazendo um impacto financeiro maior, porque entendemos que a promoção a saúde e o fortalecimento das ações multiprofissionais, trará um resultado positivo e satisfatório a população (M72a).

A equipe foi reduzida a 2 profissionais que são efetivos, não tendo ocorrido outras contratações (M18a).

Sobre o assunto, Mendes, Melo e Carnut (2022) contextualizam que a covid-19 e o quadro da crise sanitária deveriam ser os locais de destaque de participação do SUS como Política de Estado. Com o fortalecimento do SUS, especialmente na APS, esta deveria ser a política prioritária desenvolvida pelo Governo Federal; no entanto, a APS segue com a valorização de um “SUS operacional”, marcado, por um lado, por arranjos institucionais frágeis para fortalecer o acesso universal e, por outro lado, por propiciar um espaço prioritário de crescimento do capital privado nesse nível de atenção.

Em função de as doenças infecciosas de alto contágio necessitarem de respostas rápidas do sistema de saúde, o que se observa na realidade brasileira, no que diz respeito a estas respostas, é um sistema historicamente subfinanciado, apresentando congelamento dos gastos públicos por meio

da Emenda Constitucional (EC) nº. 95/2016, manifestando dificuldades em enfrentar, com eficiência, a circunstância de pandemia descrita (Coelho; Ferreira; Mendonça, 2020).

Nesse contexto, autores denotam uma perspectiva satisfatória no enfrentamento da covid-19 e a atuação das EMABS/NASF-AB é evidenciada em citação abaixo:

A riqueza de experiências de atuação NASF-AB que apareceram aponta para a possibilidade deste componente do sistema sanitário de contribuir para o enfrentamento da crise trazida pela pandemia de COVID-19, no fortalecimento da APS e no cuidado da população. Ademais, é perceptível que muitas experiências são semelhantes entre si, obviamente com suas especificidades locais, o que indica que as expertises das equipes NASF-AB foram mobilizadas tanto para as atividades desenvolvidas na APS quanto para os próprios profissionais de saúde. Desafios também foram pontuados e servem de alerta para o aprimoramento e valorização das atividades realizadas por essas equipes na APS (Brasil, 2020, p.15).

Os gestores destacam que mantêm as EMABS com ênfase na continuidade do cuidado já existente no território. O seguimento das equipes, no entanto, é uma problemática financeira que fragiliza a assistência à saúde de qualidade, indo contra os princípios da integralidade, diminuindo a capacidade resolutiva da APS. As equipes necessitam seguir suas práticas com as condições políticas e econômicas favoráveis.

Desafios na gestão do cuidado e a heterogeneidade operacional das EMABS:

A EMABS apresenta uma heterogeneidade operacional. Uma diversidade de cultura nasfiana que dificulta uma fala homogênea do fazer um trabalho multiprofissional na atenção primária. Desde a sua implantação até assuntos relativos à portaria como: acentuado número de equipes da ESF

para uma EMABS, as diversas atividades realizadas pelo EMABS *versus* atendimentos individuais. Dentre outros que são pertinentes a uma cultura biomédica/ hegemônica que ainda perpetua na graduação de profissionais de saúde, na cultura dos profissionais e, por fim, em uma população que pouco valoriza as atividades de promoção em saúde. Nesse contexto, os gestores evidenciam limites operacionais na prática, como:

Gerou um impacto negativo na assistência à saúde. O matriciamento já não existe. A demanda agendada é gigante, fazendo com que se crie filas de espera para os atendimentos (M39c).

(...) Atendimentos no modelo individual em grande quantidade (M55f).

Dessa maneira, ao serem questionados a respeito da transição do NASF-AB para EMABS, os gestores apontaram que houve aumento nos atendimentos individuais. Ainda sobre o assunto os gestores relataram que:

Gerou um impacto negativo na assistência à saúde. O matriciamento já não existe. A demanda agendada é gigante, fazendo com que se crie filas de espera para os atendimentos (M39c).

Impacto negativo, pois antes o dinheiro era destinado exclusivamente para equipe do nasf, hoje vem em um montante (M68c).

Observam-se um representativo aumento de atendimentos por demanda espontânea e a redução das atividades de grupo. As equipes continuam realizando as ações conforme as diretrizes do NASF-AB. Houve pouca ampliação de agenda para atendimentos em grupo de promoção de saúde.

O foco da EMABS em ações colaborativas conflita com as demandas dos usuários por atendimentos de reabilitação, sobretudo na ausência dos serviços nos demais níveis de atenção. A falta de recursos materiais adequados para as ações de reabilitação gera condições precárias para o atendimento resolutivo (Leite; Andrade; Bosi, 2013; Azevedo; Kind, 2013; Formiga; Ribeiro, 2012; Lancman; Barros, 2011).

Sampaio *et al.* (2012) comentam em seu artigo sobre o NASF-AB e seus dispositivos de gestão, destacando dois pontos de análise: o primeiro revela que os documentos ministeriais sobre a temática deixam margem para uma diversidade de interpretações sobre a organização do NASF-AB e seu papel na conformação de redes de saúde locais; e o segundo aponta para uma disputa no contexto local sobre como operacionalizar o NASF-AB, permitindo a coexistência de variados modelos, sendo relatada pouca clareza dos profissionais quanto ao modo de operar o apoio matricial.

É válido repensar que existe uma carência de inversão de ordem da atenção primária para atenção secundária, visto que é algo comum os pacientes, primeiramente, o hospital e somente depois o posto de saúde.

É importante evidenciar que o período de transição de NASF-AB para EMABS está vinculado com a pandemia, em que as atividades em grupos foram canceladas e os profissionais mudaram sua rotina para teleatendimento, dentre outros. É válido ressaltar que, no período de realização da pesquisa, de junho a agosto de 2022, as atividades da atenção primária já seguiam com fluxo normal.

Outros problemas citados pelos gestores foram a fragilidade na graduação para formação generalista e a cultura da população, como se vê nos fragmentos abaixo:

A fragilidade na formação profissional e compreensão da população quanto a importância das atividades coletivas são desafios (M65f).

Adesão da população aos trabalhos coletivos (M52f).

Desafio da Migração da lógica curativista para a profilática na população e até mesmo em alguns profissionais (M8f).

Macedo (2012) ressalta que existe carência na formação profissional em atividades orientadas para atenção primária com foco em grupos e atividades de cunho preventivo.

Em consonância com o Caderno de Atenção Básica, de 2014, a for-

mação com atuação interdisciplinar do NASF-AB exige formação diferenciada, pois está fundamentada na integração de profissionais de variadas especialidades e profissionais generalistas, que atuam nas equipes de AB (e AB) ou da ESF, operacionalizadoras desse nível assistencial por meio de ações de apoio/suporte e com suporte no compartilhamento de práticas e saberes em saúde (Brasil, 2014).

É oportuno destacar a Residência Multiprofissional e a Preceptoría como um ganho para o território, uma soma e um brilho a mais para a ESF. Nesse contexto, o desmonte reflete diretamente na Residência e na organização dos municípios que não têm EMABS para fomentar com a Preceptoría.

No que tange à vinculação das equipes multiprofissionais, os gestores apontam que cada EMABS oferece apoio de cinco a nove equipes da ESF/Atenção Básica. Sob esse aspecto, a Portaria nº 154/2008 cita, em seu Art. 5º, que: “cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família”, “e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família”; “cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família”.

Por sua vez, a Portaria nº 3.124/2012, em seu Art. 3º, define que: “cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)”;

“cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)” (Brasil, 2012, p. 6).

A constituição de diretrizes do NASF-AB junto à ESF exprime que: “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Brasil, 2008, p. 8).

Macedo (2016) relata que a quantidade de equipes que o NASF necessita dar apoio à ESF configura um entrave para o desenvolvimento de

práticas construtoras da integralidade. Assim, tem-se: a fragmentação do trabalho e do cuidado e a vinculação entre NASF, ESF e usuários é dificultada, o que também limita as possibilidades de potencializar os grupos, por terem que se dividir para outras unidades. Isto torna difícil desenvolver um acompanhamento continuado, primando pela resolubilidade e, sobretudo, pela qualidade para os usuários.

Uma das temáticas abordadas foi a ausência da educação permanente, somada ao momento pandêmico.

Além da falta do recurso, treinamento para os profissionais que precisam estar sempre em aprendizado para melhorar os atendimentos pós pandemia (M24f).

Macedo (2012) destaca também carência na educação permanente, adicionada ao elevado número de equipes da ESF a serem apoiadas por parte de cada equipe NASF, o que compromete a oferta e a qualidade das ações de cuidado à população.

O processo de trabalho do NASF-AB com a Equipe Saúde da Família é visto pelos gestores como algo desintegrado, sendo considerado um dos desafios do NASF-AB.

Falta de transporte, e a limitação da cobertura por equipe. Equipes desintegradas (M38f).

A interação entre [sic] profissionais da equipe multiprofissional e das equipes de Saúde da Família (M 67f)

Encaminhamentos desnecessário e muitos profissionais não entenderem o fazer do NASF-AB (M23f).

Conforme Portaria nº 154, de 2008, referente à criação do NASF, a atuação destes deveria ser de maneira integrada e colaborativa com as equipes AB, seguindo a lógica do apoio matricial, que envolve a atuação conjunta das duas equipes, em atividades de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistencial (Brasil, 2008).

Na visão de Souza e Medina (2018), a comunicação aparece limitada à técnica e ao caráter pessoal, com tímida construção de um projeto assistencial comum. Existem relações assimétricas de poder e subordinação dos profissionais aos médicos, além de relativa independência técnica individual na execução das atividades de cada agente.

Na percepção de Nascimento e Oliveira (2010), as formações específicas dos profissionais da AB e do NASF-AB não concedem suporte a essas práticas compartilhadas de trabalho, acrescentando a complexidade da sua operacionalização. Embora se reconheça a dificuldade em captar e mensurar a colaboração entre profissionais, no âmbito assistencial e técnico-pedagógico, preconizado pelo apoio matricial, também se reconhece a importância de esforços nesse sentido; e a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um deles.

Acrescenta-se, por oportuno, em consonância com Macedo (2012), a desarticulação do NASF-AB em relação à ESF. Tal desarmonia é notória quando ainda se preconiza um modelo ultrapassado de médico tecnicista, ainda vigente hoje, com profissionais amarrados ao médico e, com isso, as ações, muitas vezes, não se concretizam.

No tocante ao gerenciamento, os gestores descrevem alguns municípios com a mesma política do NASF-AB. Outros com aumento da demanda individual e redução das atividades coletivas. No geral, as equipes estão sob uma coordenação específica, titulada por coordenador; em outros, o coordenador é um membro da própria equipe e estes articulam com a AB, planejam e realizam cronograma com pactuações conforme os relatos abaixo.

Uma nutricionista faz o papel de gestora do NASF, acompanha os programas do Ministério da Saúde, e, em conjunto com a Coordenadora da Atenção Básica... (M8d)

É coordenada e gerenciada por uma coordenadora com formação acadêmica de enfermeira que está juntamente com a equipe desenvolvendo ações de promoção a saúde e prevenção de doenças (M15d).

Ele é gerenciado por um profissional da própria equipe, supervisionado pela coordenação da APS (M25d).

Não temos um gestor exclusivo para NASF, no momento a gestão é coordenada pela Gestora da APS (M31d)

O estudo de Brocal *et al.* (2018) evidenciou que, na gestão das equipes NASF-AB, a existência de coordenação foi referida por 92,6% das equipes. Resultado positivo foi observado em quase todos os estados, mais de 75,0% das equipes informando a existência de coordenação, exceto Mato Grosso (64,7%). Destaca-se, entretanto, o registro de equipes sem coordenação em quase todos os estados, exceção observada nos estados de Roraima e Espírito Santo, bem como no Distrito Federal, nos quais todas as equipes registraram haver coordenação.

O contexto de outras ideologias de coordenação nasfiana é fortalecido por Paizzi *et al.* (2017), com o relato de que a instituição de uma coordenação para o NASF-AB conferiu maior autonomia e fortaleceu o sentido de equipe do grupo de profissionais. Outro aspecto fundamental para o início dos trabalhos foi a decisão de limitar os atendimentos individuais, destinando a maior parte do tempo para apoio pedagógico.

No que se refere ao gerenciamento das equipes EMABS e ao modo de as operacionalizar, é possível perceber os desafios provenientes dos modos heterogêneos de gerenciamento. Ou seja, o modo de operacionalizar é realizado de maneira fragmentada e sem uma clareza de seguimento. Tal operacionalização é questionada desde a primeira portaria do NASF, nº 158/2008, onde a falta de clareza para a gestão era um ponto divergente.

No tocante às atividades realizadas pelas equipes EMABS, os gestores relatam que:

Seguimos os mesmos padrões do NASF com 1 profissional de casa área (M43b)

(...) Intervir diretamente junto a população, realizando intervenções na consulta inicial (consulta compartilhada), em uma sala de espera, diminuir uso contínuo de psicotrópicos através de grupos terapêuticos e/ou intervenções aos sintomas leves, melhorar a assistência aos usuários portadores de doenças crônicas por meio de práticas físicas, educação em saúde, orientações nutricionais (M9e).

(...) as intervenções relacionadas a saúde mental... A equipe multi também busca disponibilizar a atenção em saúde nos domicílios, escolas e outros equipamentos da rede (M31e).

(..) atuam em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, realizando ações de apoio: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais (M41c)

Outros estados destacam experiência do NASF-AB no enfrentamento da covid-19. Conforme REDE APS, os estados da Bahia, Minas Gerais, Alagoas, Rio Grande do Sul e Pernambuco relataram atuação do NASF-AB no enfrentamento da covid-19, exercendo atividades como: reorganização do espaço e do processo de trabalho, telemonitoramento, produção e divulgação de vídeos, produção e divulgação de materiais escritos, produção e distribuição de máscaras para grupos vulneráveis, orientação para auxílio emergencial e outras atividades (Brasil, 2022).

O estudo de Macedo (2016), destaca a pouca clareza acerca das atribuições dos profissionais das EMABS, além de dificuldades relacionadas à formação em saúde, que se mantém fragmentada e centrada no núcleo específico de cada profissão.

Fortalecimento das equipes multiprofissionais na APS entre arranjos ideal e possível

A complexidade do cuidado integral e o fortalecimento na APS, ou seja, a teoria *versus* a realidade prática dos gestores e suas visões diante de

cada território, são manifestos por parte de cada gestor mediante sua relação com a saúde, o meio ambiente, o desenvolvimento humano, a participação popular, o controle social e as decisões políticas.

A visão da integralidade, na perspectiva do Ministério da Saúde, tem a função de direcionar as ações operacionais do SUS, porém os conceitos que se apresentam são complexos e carecem de uma definição clara quanto a sua aplicação na prática assistencial, em contextos diversos, mas principalmente na APS. Nesse sentido, os gestores relatam a fundamental importância das equipes EMABS como fortalecimento da APS e como suporte em rede:

A equipe multiprofissional é fundamental no processo de trabalho na APS (M49a).

Acho muito importante, pois as intervenções multi ampliam a capacidade do cuidado na APS, a acessibilidade a profissionais com conhecimentos complementares, como nutricionistas, assistentes sociais, como também as intervenções relacionadas a saúde mental. A equipe multi também busca disponibilizar a atenção em saúde nos domicílios, escolas e outros equipamentos da rede. (M31e)

Giovanella (2008) compreende que os serviços de saúde da APS, no Brasil, devem ter atributos de universalidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Nesse contexto, Tesser (2017) e Campos e Oliveira (2015) colocam o cuidado especializado como uma das ações que os nasfianos devem realizar, articulando-o ao suporte às equipes, como já priorizado nas diretrizes do NASF. Tal ação é um avanço inédito nas relações entre cuidado especializado, *continuum* e coordenado de cuidados colaborativos, muito procurado nos sistemas públicos universais de saúde valorizadores da integralidade.

Ainda nesse contexto, as equipes EMABS são consideradas pelos gestores como um bom suporte em rede para AB.

Com os profissionais em território, são cuidadas condições básicas em saúde específicas (nutrição, atividade física, farmaco-

lógica, assistência social, reabilitação física, saúde mental etc.). Por cuidar de condições básicas, evita-se que tais condições simples se agravem e que ocorram encaminhamentos desnecessários, o que demanda menos dos serviços especializados, que são mais caros para a saúde pública, além de conseguir fazer encaminhamento/referências para os serviços especializados com maior qualidade, e assertivos quanto a demanda que o usuário necessite (M71e).

É notória a importância da AP e NASF na sequência da prevenção de doenças, o que interfere diretamente na atenção secundária e terciária à saúde (M35e).

Atenção básica precisam de suporte para resolver ou lhe dar com problemas existentes em seu território e as equipes do Nasf-ab dão esse suporte(M64e).

Dessa maneira, é válido dizer-se que o EMABS constitui retaguarda especializada para as equipes de AB/ESF, atuando no *locus* da própria AB. A EMABS desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico- pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes (Brasil, 2010).

Além disso, o apoio e a atuação das equipes EMABS também são passíveis de suceder por meio de ações que envolvem coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe. Essas dimensões devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requerer (Brasil, 2009).

As equipes EMABS são citadas pelos gestores como um trabalho de relevância em diversas linhas de cuidado.

Benéfico, pois conseguimos intervir diretamente junto a (consulta compartilhada), em uma sala de espera, diminuir uso contínuo de psicotrópicos através de grupos terapêuticos e/ou intervenções aos sintomas leves, melhorar a assistência aos usuários portadores de doenças crônicas por meio de práticas

físicas, educação população, realizando intervenções na consulta inicial em saúde, orientações nutricionais (M9e).

Mantivemos e as equipes priorizam atendimento em programas de desenvolvimento infantil, assistência ao pré-natal doenças crônicas por meio de práticas físicas, educação e ao diabético e hipertenso (M59a).

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de variadas densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e da gestão, procuram assegurar a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são sistematizadas para responder às condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (Porter; Teisberg, 2007), que implica a continuidade da atenção à saúde nos diferentes níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária (Mendes 2011).

É importante ressaltar que o processo de trabalho das equipes EMABS divide-se em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (Brasil 2010).

As demais falas dos secretários de saúde e coordenadores da AB são pertinentes ao custeio de EMABS no plano federal para continuidade da manutenção e ampliação das equipes com cobertura em zona rural e melhores condições de trabalhos.

A descentralização destes serviços para a zona rural que ainda carece muito dele. Sub financiamento para ampliar equipes e dar melhores condições de trabalhar; adesão da população (M52f).

Financiamento geral da equipe para recursos humanos e materiais, visto que ficou a cargo da gestão municipal, atrelado a isso e conseqüentemente prejudicando aumento de quadro de profissionais, o atendimento às comunidades mais distantes, necessidade de recursos materiais para o desenvolvimento da promoção e recuperação da saúde (M56f).

No que diz respeito ao crescimento de equipes, é destacado que este se dá pelas crescentes demandas, como também pela extensão das equipes para territórios mais distantes. Atrelados à problemática, tem-se a dificuldade com o transporte, insumos, como também a dificuldade de contratar determinados profissionais, além da carência em educação permanente.

O baixo financiamento para cumprir os pisos salariais e a dificuldade de encontrar profissionais de algumas categorias, como TO e Fono (M25f).]

Devido à dificuldade de contratação/escassez de profissionais como fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, tem sido o maior desafio para a complementação da equipe, como também a inclusão de um educador físico e farmacêutico para contemplar a toda a equipe uma melhor forma de ampliar os serviços para a população (M23f).

Esse processo de desfinanciamento burocratizado e dificultoso, que impede a execução orçamentária, inclusive de municípios de grande porte que dispõem de um corpo técnico razoável para gerir esse novo modelo, acena para o fato perverso do “SUS operacional”. Em outras palavras, esse esvaziamento de recursos justifica caminhos para a privatização por dentro do sistema que se utiliza do contexto da crise sanitária e econômica para reordenar formatos de alocação que simulam mais recursos financeiros, porém de operacionalização difícil. Assim, a APS vai se desertificando, tornando-se um solo árido de recursos até que se justifique a necessidade de privatizá-la (Mendes; Melo; Carnut 2022).

A extinção do financiamento diretamente relacionado às equipes EMABS representa uma importante mudança na condução do financiamento, no sentido de os municípios não terem condições de manter as equipes e, sobretudo, a barreira de implantação de novas equipes.

Tendo em consideração que as ações de educação permanente se embasam nos problemas cotidianos e no protagonismo dos profissionais, investir nessas ações significa contribuir para o fortalecimento e comprometer

timento dos profissionais, assim como motivá-los e mantê-los nos serviços de saúde (Brocardo *et al.*, 2018).

Outro aspecto importante está direcionado para a atualização cotidiana das práticas segundo os aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, além da elaboração conjunta de práticas organizacionais, interinstitucionais e/ou intersetoriais, direcionadas para as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (Ferreira *et al.*, 2019).

O fortalecimento da APS vai além das práticas. Também requer valorização profissional, com melhoria salarial, planos de cargos e carreira (PCC), concursos e incentivos para os profissionais.

Sobre o assunto, os gestores compartilham da mesma visão e comentam a necessidade de recursos financeiros.

Insuficiência de profissionais, recurso para pagamento, baixos salários, demanda subestimada (M3f).

O baixo financiamento para cumprir os pisos salariais e a dificuldade de encontrar profissionais de algumas categorias, como TO e Fono (M25f).

No tocante à valorização profissional, Schuster e Dias (2018) evidenciam que o PCC viabiliza crescimento profissional e que há uma reação em cadeia, visto que, percebendo as possibilidades de desenvolvimento e crescimento dentro da instituição, o profissional vai enxergar novas possibilidades nesse ambiente, motivando-se para o trabalho e sendo influenciado em seu planejamento pessoal. Todos esses fatores, integrados, vão gerar mais motivação e comprometimento, refletindo em resultados positivos para a organização.

O estudioso Scalco (2018) afirma que a valorização do trabalhador representa um dos fatores determinantes para a motivação e a manutenção do trabalhador nos serviços. Além da valorização profissional, o trabalhador é reflexo positivo para a equipe e para a população.

Com base no fortalecimento da APS como elemento estruturante do SUS, são necessários mudanças na estrutura, financiamento, recursos humanos, provimento de profissionais e apoio das equipes em rede. São esforços e reformas políticas que tornam uma APS forte e inovadora.

Considerações Finais

O estudo deu ensejo a que se reconhecesse como se organizam as equipes EMABS do Ceará, sendo possível analisar as falas dos gestores no que diz respeito à importância destas equipes para atenção básica e como suporte de rede.

De efeito, foi possível destacar que as equipes multiprofissionais têm elementos políticos do SUS que somam para uma APS com resolubilidade e longitudinalidade, favorecendo a feitura do atendimento integral.

Apesar dos resultados satisfatórios encontrados em relação à importância das equipes EMABS, os gestores relataram uma limitação financeira para dar continuidade a estas equipes, em razão da falta de investimento nelas com a nova política de financiamento Previde Brasil.

Com suporte no exposto e na análise dos gestores foi visto que as equipes EMABS com autonomia expressada e, com pouca clareza, ensejam dificuldades no gerenciamento, favorecendo mais os atendimentos individuais e deixando por esquecido as práticas de promoção de saúde, o apoio matricial e os grupos de saúde.

O grande impacto das EMABS se dá pela política de financiamento da APS que está ligada a ideologias de cariz político do País. O SUS já padece com o desfinanciamento desde a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que congelou os gastos da União com despesas primárias no SUS por 20 anos.

Ante as recorrentes reduções de financiamento que já vinham ocorrendo, culminando com a redução de 2019 proposta pelo novo financiamento Previde Brasil, ocorreram a desconstrução e a exclusão das equipes EMABS, impactando diretamente nas gestões municipais, gerando também uma desconstrução de princípios do SUS, como a integralidade, a resolubili-

dade e a longitudinalidade do cuidado. Assim, alguns municípios mantêm as EMABS, outros não, afetando a população e a construção de rede.

Dessa maneira, é possível considerar que se faz necessário um chamado de reforma na APS de modo urgente, visto que sem ela não será possível que EMABS, bem como outras equipes, se desenvolvam e funcionem de maneira adequada. Tal reforma deve proporcionar maior valorização das EMABS e de seus membros em todo o Brasil; mudanças no cenário político, proporcionando melhores financiamentos, aumento salarial, cursos de extensão, direcionamentos políticos bem definidos que enfatizem mudanças verdadeiras.

Referências

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002.

BRASIL. **Portaria GM 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 3 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2019.

BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 3**, de 2020. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/SEI-MS-0013484477Nota-Tecnica.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.171**, de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006. v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCAtool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise da implantação. *In*: BROUSSELE, A. *et al.* (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011b. p. 217-238.2011b

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA M. H. M. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

MACEDO, M. A. V.; GUIMARAES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C.; MORAIS, A. P. P.; CARNEIRO, C. Análise do Processo de Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Município do Nordeste Brasileiro. **Rev. Gerenc. Polít. Salud**, [S.l.], v. 15, n. 30, jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articula.ooa?id=545446742013>. Acesso em: 26 jul. 2021

MENDES, E. V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, e00164621, jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, agência de desenvolvimento da atenção primária e carteira de serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00040220, jun. 2020.

PANIZZI, M. *et al.* Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, 155-170, jun. 2017.

SAMPAIO, J.; SOUSA, C. S. M.; MARCOLINO, E. C.; MAGALHÃES, F. C.; SOUZA, F. F.; ROCHA, A. M. O.; SOUZA NETO, A. A. ; OLIVEIRA SOBRINHO, G. D. de. O NASF como Dispositivo da Gestão: limites e possibilidades. **Rev. bras. ciênc. saúde**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 317-324, jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/12572>. Acesso em: 28 fev. 2023.

SCHUSTER, M. S.; DIAS, V. V. Plano de carreira nos sistemas de gestão público e privado: uma discussão a luz das teorias motivacionais. **Rev. Adm. IMED**, [S./], v. 2, n. 1, p. 1-17, jun. 2012.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26, n. 2, p. 3781-3786, ago. 2021.

SILVA, A. S.; GOEBEL, R. O. R. A função do núcleo ampliado de saúde da família - NASF AB frente o novo cenário de pandemia: teleatendimento de pacientes suspeitos de COVID-19. **Rev Cient Faculd Edu Meio Amb**, [S./], v. 13, mar. 2022.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 145-158, out. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D. Núcleos de apoio à saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, jun./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Acesso em: 11 jan. 2017

CAPÍTULO 10

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Amanda Roberta Fonsêca do Nascimento

Ana Patrícia Pereira Morais

Alessandra Silva Xavier

Paulo César de Almeida

Introdução

O impacto epidemiológico, biopsicossocial e familiar, associado a mortes de adolescentes e adultos jovens por autoextermínio, caracteriza o comportamento suicida, nesta faixa etária, como grave problema de saúde pública (Nascimento *et al.*, 2023).

Dados divulgados por Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde demonstram que, de 2016 a 2021, registraram-se 6.588 autócídios cometidos por adolescentes com faixa etária de dez a 19 anos, sendo predominante o segmento dos 15 aos 19 anos, para o qual o suicídio compreende a quarta causa principal de morte (Brasil, 2022).

Globalmente, de 2000 a 2019, conforme estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, a maioria das mortes por suicídio ocorreu em países de baixa e média renda (77%), nos quais a maioria da população mundial vive. Grande parte dos adolescentes que morreram por suicídio (88%) era advinda de países de baixa e média renda, onde quase 90% dos adolescentes do mundo vivem. A imbricação de iniquidades sociais, étnicas, intrafamiliares e geográficas, somadas ao *gap* entre a demanda de cuidado em saúde mental, em especial na infância e na adolescência, e o número de especialistas disponíveis, estreita as possibilidades da abordagem precoce ao comportamento suicida, com o agravamento do risco de morte por violência autoprovocada, conforme exposto por Poisk *et al.* (2023.).

Para adolescentes incluídos em grupos social e historicamente vulneráveis, tais como jovens transgêneros, adolescentes advindos de grupos e comunidades tradicionais, meninas inseridas no transtorno do espectro autista, adolescentes em conflito com a lei, dentre outros grupos vulneráveis, o número de tentativas e ato consumado chega a atingir cerca de 3,5 vezes maior prevalência. O seguimento interdisciplinar, envolvendo equipamentos distintos, como escolas, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Atenção Primária de Saúde (APS), pessoas com as quais o/a adolescente estabeleça relação de confiança, assim como a própria comunidade, são aumentadas as chances de identificação precoce do risco, adesão ao plano terapêutico proposto e adequado seguimento individualizado (WHO; UNICEF, 2021).

Assim, no sentido de garantir celeridade e eficácia à tomada de decisões, desde a caracterização do risco de morte por suicídio em adolescentes, no território em que vivem, estabelecem relações interpessoais e adocem, a descrição do percurso metodológico adotado nas etapas de elaboração e validação de algoritmo clínico-assistencial, para uso interdisciplinar, na abordagem do comportamento suicida nesta população, contribui não apenas para a prevenção do ato de, deliberadamente, extinguir a própria vida, no âmbito da APS, como também para a pesquisa e o ensino em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde Mental, dentre outras áreas correlatas do conhecimento.

O instrumento proposto orienta as ações do cuidado em três etapas: Avaliação, Manejo e Seguimento. Para cada etapa, são expressas condutas sequenciais e de complexidade progressiva, para a prevenção de desfecho fatal por violência autoprovocada em adolescentes, seguindo o modelo escalonado do cuidado (Jobes *et al.*, 2018).

O algoritmo apresentado adequa-se às especificidades socioculturais de adolescentes brasileiros com ideação suicida, indicando a alternativa de cuidados primários em saúde mental que envolva trabalho cooperativo, cuidado integral e longitudinal, em oposição a encaminhamentos desnecessários e condutas excessivamente medicalizadoras, não baseadas em evidências (Nascimento *et al.*, 2023).

Algoritmo clínico-assistencial como estratégia de cuidado na APS

Algoritmo clínico-assistencial como estratégia de prevenção do suicídio na adolescência

O algoritmo corresponde a uma representação gráfica de um conjunto finito de passos lógicos, sucessivos e bem definidos, regras ou procedimentos que devem ser seguidos para resolver um problema diagnóstico ou terapêutico específico. (Barrera *et al.*, 2016).

O primeiro elemento a ser considerado para a criação ou adaptação de um guia clínico-assistencial é a necessidade de sua elaboração, em decorrência da magnitude do problema de saúde em questão, da variabilidade de condutas clínicas observadas para seu manejo e os custos envolvidos (Millaruelo, 2015).

Dentre as qualidades que tais instrumentos devem apresentar, segundo Millaruelo, (2015), estão a validade interna e a validade externa. A primeira depende da qualidade dos estudos utilizados em sua elaboração. A outra relaciona-se à aplicação de suas recomendações a um grupo específico de pacientes. A ausência de contextualização, em termos de comorbidades e características biopsicossociais dos pacientes, nos estudos que fundamentam os conteúdos e sugestões, muitas vezes, significa que eles não são aplicáveis na prática rotineira.

Guias extensos, manuais que priorizam intervenções medicamentosas em uma lógica monocausal de doença-cura, além de exaustivos aos profissionais da APS, desvalorizam o trabalho interdisciplinar e colaborativo, que se inviabiliza na práxis. Tal fato acontece, em especial, quando os conteúdos dos guias clínicos se distanciam da realidade prática enfrentada pelos profissionais (Nascimento *et al.*, 2023).

Del Hierro (2018) afirmou que esses documentos abrigam o propósito comum de padronizar a prática clínica, promover uma assistência efetiva e contribuir para sistematizar a assistência, de acordo com a perspectiva mais atual oferecida pela literatura técnico-científica, baseada em evidências de pesquisa.

Para a validação de face e de conteúdo, características como credibilidade, reprodutibilidade, representatividade, aplicabilidade clínica e flexibilidade, clareza, força das recomendações, transparência, devem estar presentes, em conformidade com revisão e atualização periódicas, em razão da vertiginosa produção científica atual em todos os níveis da ciência. Caso contrário, a diretriz se tornaria obsoleta dentro de três a cinco anos (média de 3,6 anos) segundo Barrera, haja vista o surgimento de novas evidências.

A redução da lacuna entre o conhecimento científico atualmente disponível e o que é feito na prática clínica minimiza a variabilidade de estilos na tomada de decisão.

Em sua revisão de diretrizes clínico-assistenciais, Del Hierro (2018) propôs que estas sejam atualizadas a cada três anos, e recomenda que nem todo o conteúdo seja modificado, mas sim aspectos específicos, de acordo com o andamento das evidências. Del Hierro (2018) observou, ainda, que falhas na fase de elaboração e na adaptação do instrumento aos profissionais-alvo do algoritmo prejudicariam os aspectos semânticos deste, com subsequente má aceitação pelos profissionais. Capote *et al.* (2019) concluem que grande parte dos instrumentos clínico-assistenciais disponibilizados não se demonstra acessível a uma utilização transversal, tampouco exibe a qualidade técnica necessária à pronta tomada de decisão, na APS.

Independentemente dos formatos utilizados na elaboração destes instrumentos, que tornam mais ou menos viável a sua utilização, e da qualidade do conteúdo, as maiores dificuldades residem na sua implementação pelos profissionais. São vários os motivos pelos quais os profissionais não aderem a essas diretrizes. Dentre eles, Millaruelo encontrou: falta de recursos para a sistematização do uso, difícil acessibilidade, carência de confiança em sua eficácia, insegurança quanto à própria capacidade técnica, a falta de familiarização ou de tempo disponível para o seu estudo, confronto com a autonomia pessoal e a experiência adquirida que, por vezes, associa-se à rigidez de condutas que se perpetuam sem que haja evidências que as sustentem.

A natureza flexível e contextualizada do algoritmo cuja construção é descrita neste capítulo, enseja que as diretrizes de prevenção ao suicídio na

adolescência sejam adaptadas às condições do ambiente cotidiano, possibilitando que seja estabelecida uma referência para o trabalho internacional, uma vez que é adaptável às especificidades biopsicossociais mostradas nas adolescências, sob uma perspectiva dinâmica.

Metodologia

O estudo metodológico destina-se à descrição das etapas envolvidas na feitura e na validação de algoritmo clínico-assistencial, cujos passos sequenciais se propõem à otimização do acolhimento; avaliação; tomada de decisão e seguimento interdisciplinar de adolescentes que exibam ideação ou comportamento suicida, por profissionais da atenção primária de saúde.

A pesquisa metodológica aborda o desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos de coleta de dados, escalas e técnicas sobre conceitos ou fenômenos de uma determinada área do conhecimento. As fases contempladas por esse tipo de estudo incluem: definição do conceito ou comportamento a ser medido; revisão de literatura; formulação dos itens do instrumento; validação de aparência, por meio de análise comunicacional-imagética, e de conteúdo, pelo Índice de Validação de Conteúdo; análise semântica; teste piloto (aplicação e/ ou avaliação) e teste de confiabilidade do instrumento de medida (Lobiondo-Wood; Haber, 2013).

Para a elaboração do instrumento, adotou-se, de forma adaptada, o que é proposto por Pasquali (2010). Para o cumprimento dos objetivos propostos, incluíram-se a definição constitutiva de planejamento e a seleção dos componentes do instrumento, desde os referenciais teórico-metodológicos; avaliação pelo Comitê de juízes; análise semântica e avaliação da consistência interna, a respeito das respostas dos juízes, pela análise do Alfa de Cronbach.

De acordo com Pasquali (2010), a validade de conteúdo de um instrumento é praticamente garantida pela técnica de construção deste. Sendo assim, o rigor em cada etapa do processo de elaboração do instrumento é necessário para que a precisão com a qual o teste deve medir o que se propõe seja exequível.

Havendo a definição do traço ou construto, ou seja, da representação dos processos psicológicos a serem avaliados, prossegue-se com a análise criteriosa de referencial teórico (López, 2021).

Para a análise do referencial teórico, este estudo seguiu as recomendações feitas pela *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), sendo utilizado seu *checklist* (Page *et al.*, 2021).

Desenvolvida por um grupo de pesquisadores no Canadá, a declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises (PRISMA), foi desenvolvida para ajudar revisores sistemáticos a relatar de maneira transparente por qual motivo a revisão foi feita, os métodos empregados e o que os autores encontraram.

Para o desenvolvimento dessa revisão, sete etapas foram seguidas: 1) criação do protocolo de pesquisa; 2) formulação da pergunta problema com a utilização do acrônimo PICO; 3) busca dos materiais com os descritores e operadores booleanos, associados à utilização dos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados de modo eletrônico; 4) seleção dos estudos com a implementação dos critérios de elegibilidade; 5) avaliação crítica do material selecionado; 6) coleta dos dados; e 7) síntese e agrupamento dos dados coletados (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014).

A Prática Baseada em Evidências, segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (Drummond *et al.*, 2014), propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando-se a estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcome” (desfecho).

Com isso, neste estudo, o acrônimo ficou (P) – adolescentes com ideação e/ou comportamento suicida; (I) – algoritmo clínico-assistencial; (C) – Não houve comparação; e (O) – prevenção de suicídio na Atenção Primária de Saúde.

Com base nos critérios supracitados, adotou-se a seguinte questão “É possível construir e validar um algoritmo clínico-assistencial para prevenção do suicídio no atendimento a adolescentes com ideação e/ou comportamento suicida, para o contexto da atenção primária de saúde?”

Os termos de procura utilizados foram obtidos por meio da consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (decs.bvs.br). Além disso, houve a combinação dos descritores selecionados com os operadores booleanos “AND” e “OR”. Assim, os descritores booleanos utilizados demandaram pelas seguintes associações: Algorithm AND prevention AND Suicide AND Diagnosis OR Detection AND Adolescent.

A busca foi realizada em bases de dados por meio eletrônico, no portal de periódicos da Capes, Scopus, BVS e PUBMed, durante os meses de janeiro a setembro de 2023. Foram utilizadas as bases DOAJ (Directory of Open Access Journals), Medline Complete, Embase, ROAD (Directory of Open Access Scholarly Resources), Academic Search Premier, CINAHL with Full Text, BioMed Central Open Access, Oxford Journals Current. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos completos, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos seis anos (2017-2022) revisado por pares, nos idiomas português, inglês e espanhol. Adotou-se como critério de exclusão artigo duplicado e que ambos não respondessem à pergunta problema.

Ainda que utilizadas outras combinações de descritores: (Suicide) AND (Clinical Algorithm) AND (Primary Health Care); (Suicide) OR (Prevention AND Suicide) AND (Clinical Algorithm) AND (Primary Health Care); (Prevention) AND (Primary Health Care) AND (Suicide) AND (Algorithms AND Diagnosis); dentre outras associações, as buscas ressaltam a escassez de algoritmo clínico-assistencial para o conteúdo estudado. Ainda que não respondessem diretamente à pergunta-problema, 15 artigos foram armazenados para compor a base de dados, em vista da relevância a respeito de critérios metodológicos para a construção e validação de instrumentos diversos, a serem utilizados no rastreamento de preditores do comportamento suicida na adolescência.

Para armazenamento e tabulação dos dados obtidos, tais como: o título do estudo, país de origem, ano de publicação, autor, objetivo e resumo dos resultados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel®, versão 8.

De cada artigo incluído foram extraídos dados relacionados ao objetivo desta revisão; características da amostra, com a priorização de estudos destinados à descrição de construção e validação de instrumentos destina-

dos à prevenção e ao manejo de comportamento suicida na adolescência, bem como à utilização destas tecnologias por profissionais da Atenção Primária de Saúde, avaliação de fatores de risco para suicídio na adolescência e a relação destes com suicídio consumado, compreensão e exploração de fatores protetivos, país de publicação, autores, objetivo de pesquisa.

Incluíram-se, na pesquisa, consulta a livros e a textos de avaliação psicométrica, bem como manuais técnicos e legislação vigente para políticas públicas de prevenção ao suicídio, fora do período estabelecido como critério de inclusão para análise, pelo caráter eminentemente relevante das publicações citadas, no que diz respeito ao embasamento teórico necessário à elaboração dos itens e subitens do algoritmo. Para tal, foram utilizados, de maneira adaptada aos objetivos deste estudo, os seguintes critérios psicométricos: objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, modalidade, tipicidade e credibilidade (Pasquali, 2010).

Tais critérios foram considerados, rigorosamente, na formulação dos itens, sem que houvesse negligenciamento da interseccionalidade, representada pelo entrelaçamento de questões étnicas, sociais, de violências, histórico pessoal e familiar de transtornos da saúde mental, dentre outras vulnerabilidades. (WHO/UNICEF, 2021; Ceará, 2022).

Seleção de itens e subitens

A formulação detalhada da definição do traço ou construto (representação comportamental a ser medida) encontra-se indissociável da teoria psicológica adotada no critério de seleção dos itens e subitens de cada etapa do instrumento, juntamente com dados obtidos com procedência em pesquisas anteriores, bem como da observação sistemática do traço, desde as análises dos domínios relacionados ao comportamento/fenômeno estudado (Pasquali, 2010).

Sem que houvesse negligenciamento da interseccionalidade, representada pelo entrelaçamento de questões étnicas, sociais, de violência, histórico pessoal e familiar de transtornos da saúde mental, considerou-se tanto características sociodemográficas e epidemiológicas, relatadas em boletim epidemiológico de um Estado do Nordeste do Brasil, região em que

houve, inicialmente a coleta de dados e análise do construto, como a ideia de um devir como transformação permanente, num horizonte de abertura de sentidos, afetos e comportamentos (Heiddeger, 1927). Os princípios da fenomenologia hermenêutica, adaptados às especificidades dos problemas em saúde mental no ser-adolescente, visam à compreensão da experiência vivida quanto à decisão de tentar o suicídio, bem como dos desdobramentos comportamentais que sejam passíveis de intervenção, na Atenção Primária de Saúde (Ming-Wau et al., 2020).

Tal e qual um intrincado bordado rendado, artesanato típico da região Nordeste do Brasil, a análise da delicada teia que envolve situações de infortúnios, conflitos, desamparo, desespero e angústia, assente da elaboração de itens e subitens que abranjam as subjetividades dos adolescentes em sofrimento. A avaliação de cunho psicométrico, ao contrário de se contrapor à investigação de tais subjetividades relacionadas ao comportamento suicida, denota relevância para que seja viabilizada a caracterização rápida e precisa, sem ausência de sensibilidade na avaliação do risco de suicídio, por profissionais de formações técnicas diversas. Outrossim, os procedimentos metodológicos de validação do algoritmo-clínico assistencial proposto pela psicometria clássica mostram-se como fundamentais, à medida que conferem a este instrumento adequação, legitimidade e congruência (Medeiros et al., 2015).

Desdobramento dos itens em subitens

Em virtude da não linearidade de processos biopsicossociais, priorizou-se que o desdobramento dos itens refletisse o enovelamento entre as características sociodemográficas; a distribuição de notificações de violência autoprovocada por sexo, gênero e etnia; a escolaridade; os antecedentes psiquiátricos, clínicos e a própria história de vida, bem como a autopercepção do sofrimento e os mecanismos de *coping* (Caldeira, 2015; Stevens et al., 2021).

De fato, os itens e subitens de um algoritmo clínico-assistencial para a prevenção de suicídio na adolescência organizam-se como uma rede complexa, sem a compreensão plena da qual se torna inexecutável a apropriada avaliação, estabelecimento de vínculos e tomada de decisão (Barros *et al.*, 2020).

Os itens de cada etapa foram selecionados com base numa amostra inicial, cujos componentes provieram da análise teórica dos trabalhos que atingiram os critérios de elegibilidade por meio do fluxograma PRISMA para revisão integrativa, compreendendo o risco de desfecho fatal por tentativa de suicídio na perspectiva de teia da causalidade, conceito introduzido na Epidemiologia por MacMahon *et al.* (*apud* Castiel, Guilam e Ferreira, 2010). Nesta etapa da elaboração do algoritmo, priorizou-se a identificação de fatores de risco e eventos associados a maior gravidade em termos de desfecho fatal, para a população e o traço estudados, conforme a distribuição, por sexo, das quatro principais causas globais de morte, de acordo com a faixa etária de 15 a 19 anos (WHO Global Health Estimates 2000 – 2019). Analisou-se, ainda, a proporção de óbitos por suicídio segundo a faixa etária, Ceará, no período de 2010 a 2021, consultados no dia 29/08/2022, no *site* do DATASUS. Para essa análise foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária foi assinalada como “ignorada”.

Uma vez selecionados os itens e respectivos subitens, privilegiou-se a feitura de instruções claras e pertinentes, facilmente legíveis e identificáveis; com complexidade progressiva, conforme os objetivos a serem cumpridos em cada uma das três etapas que compõem o instrumento; aplicabilidade transversal e colaborativa, pelos componentes da Estratégia de Saúde da Família e/ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, tais como enfermeiros, médicos generalistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros profissionais de formação com nível superior.

Arquitetura do Algoritmo

No sentido de capacitar e orientar a Equipe de Saúde da Família

para a pronta tomada de decisão na prevenção de suicídio, o algoritmo construído ordena as ações do cuidado em três etapas distintas: Avaliação, Manejo e Seguimento. Para cada etapa, são apresentadas condutas sequenciais, representadas por itens e subitens relacionados ao comportamento/ideação suicida, a serem identificados em cada etapa, seguindo o modelo escalonado do cuidado (Jobes *et al.*, 2018).

Decidiu-se adotar as cores vermelha e amarela para permitir a pronta identificação de situações de alto risco para suicídio e/ou emergenciais (vermelho), que demandam atendimento hospitalar imediato; assim como a caracterização de comportamentos, antecedentes pessoais/familiares para o manejo e o seguimento dos quais sejam necessárias ações intensivas e colaborativas de cuidado, embora haja rede de apoio e colaboração da (o) adolescente e no planejamento de processos decisórios e avaliativos (amarelo). Evidencia-se, por meio da coloração laranja, a compulsoriedade da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, de acordo com a Lei 13.819, de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Por intermédio de itens e subitens, são incluídas sugestões de abordagem que facilitem a formação de vínculos, reforçando o caráter prejudicial de julgamentos e condutas moralizantes, para que as condutas sejam centradas nas necessidades de cada adolescente, no sentido de prevenir o desfecho fatal por autoextermínio (OPAS, 2020).

Para a etapa Avaliação, destacam-se o acolhimento; escuta empática e ativa; diferenciação da ideação suicida em ativa ou passiva; avaliação operacionalizada do *status* biopsicossocial, atentando para o relato de tentativa prévia de suicídio e o intervalo de tempo transcorrido até a avaliação atual, dada a relevância de tal fator como preditor do risco de suicídio (WHO, 2019).

Na etapa Manejo, desde a interpretação do risco, seguem-se as tomadas imediatas de decisão, conforme as instruções dos subitens ressaltados em amarelo ou em vermelho: ideação suicida ativa sem condições severas de risco, com rede de apoio (amarelo) X presença de condições severas de risco (vermelho). A necessidade de notificação de casos suspeitos ou con-

firmados de violência autoprovocada é reiterada nesta etapa (laranja).

Para o Seguimento dos adolescentes com comportamento suicida, é ressaltada a elaboração de plano terapêutico singular, o intervalo entre os encontros, a aplicação sistemática de Intervenções Psicossociais (OPAS, 2022), aliadas ao tratamento medicamentoso, quando indicado, e seguimento psicoterápico. Estimulam-se, ao longo do Seguimento, o envolvimento da Escola e a exploração da potência social e política de equipamentos comunitários, com o planejamento e a implementação de ações, cujo impacto bioecológico nas condições psicossociais dos adolescentes fortaleça a teia de apoio a ser delineada em torno destes e de seus cuidadores.

O instrumento proposto, com as etapas que o constituem, encontra-se representado pela figura 1, para *download* e/ou visualização.

Figura 1 – QR CODE para visualização e/ou *download* da versão final do Algoritmo clínico-assistencial para prevenção de suicídio na adolescência por profissionais da Atenção Primária de Saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2023.



Validação

A despeito da relevância da precisão dos instrumentos para as ciências psicossociais, conceitualmente, a validade diz respeito ao aspecto da medida de ser congruente com a propriedade medida dos objetos e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve essa propriedade do objeto,

é feita. Ou seja, a validade de um instrumento expressa a correspondência entre o traço e a sua representação física (comportamento), demonstrando a adequação, a legitimidade e a correspondência entre o construto e a sua representação física, a saber, o comportamento estudado (Pasquali, 2017).

É compreensível a validade de um instrumento a partir das dimensões externa e interna desta. A validade externa relaciona-se com a generalização dos dados no tocante às pessoas, aos ambientes e às épocas - referindo-se, portanto, ao instrumento, intrinsecamente. Por sua vez, a validade interna diz respeito à capacidade do instrumento de pesquisar em mensurar o que deve ser medido (Pasquali, 2013).

Conforme o Modelo Trinitário, originalmente descrito por Cronbach e Meehl (1955), o conceito de validade classifica-se em três principais configurações: validade de conteúdo, de critérios e de construto (Pasquali, 2013; Polit; Beck, 2011). Este estudo se propõe a descrever a validação de conteúdo.

Para a construção dos itens dos instrumentos destinados à validação de face e conteúdo pelo Comitê de Juizes e análise semântica, utilizou-se a ferramenta Google Docs *Off Line*, por meio do gerador de formulários, com vistas a otimizar a coleta das informações da pesquisa. Essa ferramenta é um serviço em formato de *software* que possibilita compartilhar, armazenar e criar documentos de produtividade na web, sendo de domínio público e gratuito, além de preservar a confidencialidade de informações.

O formulário *Google Docs* facilita a criação de questionários, pois automatiza o processo de *design* da página e possibilita o desenvolvimento de questões pré-construídas. Essa ferramenta admite vários usos, como questionário, ficha de cadastro, pesquisa de opinião, enquete, dentre outros usos. Ademais, o formulário é facilmente compartilhado por *e-mail* ou pelo *link* gerado, o que beneficia pesquisadores, professores e acadêmicos, cujo trabalho envolve a feitura de questionários (Gil, 2002).

Validade de Conteúdo

A validação de aparência e de conteúdo do algoritmo clínico-assistencial se deu com suporte na análise dos itens de cada etapa do instrumento, por um grupo de juízes ou peritos com experiência na área do conteúdo sob foco. De acordo com Pasquali (2010), cabe aos juízes a função de ponderar se os itens se referem ou não ao traço sob comento. Dessa maneira, os itens são analisados e julgados como abrangentes e representativos, ou, ainda, se o conteúdo de cada um deles se relaciona com aquilo que se quer medir/identificar.

Não há concordância, entre estudiosos, sobre o número de juízes ideal para validação, sugerindo Pasquali (2010) o mínimo de três julgadores. Consoante Fehring (1987), o ideal é uma amostra de 25 a 50 expertos, enquanto Lynn (1986) menciona o mínimo de cinco e o máximo de dez, sempre devendo optar por uma quantidade ímpar de juízes, visando a evitar o empate de opiniões.

Para ativar o Comitê de Juízes-Especialistas, uma vez que inexistia uma classificação ou modelo de seleção específico para o conteúdo estudado, estipulou-se como critérios de seleção: expertise assistencial e/ou acadêmica (mestrado e/ou doutorado), com pelo menos cinco anos de atuação, nas áreas de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde Mental e/ou Educação em Saúde. O critério “tempo de atuação” foi definido por consenso (percentual de concordância igual a 100%), mediante duas rodas de conversa, via *Google Meet*, realizadas em agosto de 2021 e em junho de 2022, com cinco profissionais da APS: uma médica e um médico, ambos com título de especialista em Saúde da Família e Comunidade; duas enfermeiras e um cirurgião-dentista. Estes profissionais foram selecionados por conveniência, em grupos de trabalho nacionais de Saúde Mental para a APS, para os quais se enviou convite individual via *WhatsApp*. A totalidade exibiu cinco ou mais anos de experiência de trabalho na assistência (média de de anos), com relatos de experiências em estudo do suicídio por meio de publicações e/ou apresentação de trabalho na matéria Saúde Mental, em congressos regionais e nacionais de Saúde da Família/Saúde Coletiva.

A seleção dos juízes iniciou-se por meio de consulta ao *curriculum vitae* da Plataforma Lattes (CNPq) e mediante a produção bibliográfica dos pesquisadores com relação ao tema sob exame.

Em razão da dificuldade para contactar profissionais peritos com base nos endereços eletrônicos disponíveis na Plataforma Lattes (CNPq), de acesso livre e público, utilizou-se a técnica de seleção e demanda de amostragem “bola de neve” também categorizada como Snowball ou Snowball Sampling (Biernacki; Waldorf, 1981). Nesta estratégia, ao encontrar um profissional que preenchesse os critérios de elegibilidade definidos, solicitou-se a ele que sugerisse outras possíveis pessoas, caracterizando, deste modo, uma amostragem por conveniência (Polit; Beck; Hungler, 2011).

Caracterização da amostra de juízes

Após convite por meio eletrônico e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Escarecido (TCLE), sete juízes avaliaram nove questões sobre a aparência, pertinência e clareza do instrumento. O questionário enviado disponibilizou espaço para que os juízes propusessem alterações, caso julgassem pertinente. Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em planilhas do Excel[®]. Esse processamento efetivou-se por meio do software IBM SPSS *Statistics*.

Para o Comitê de expertos, os itens do questionário foram organizados em formato de escala do tipo *Likert*, em que o valor 0 corresponde à pior nota e o valor 3 à melhor: 0-Totalmente inadequado (TI); 1-Parcialmente inadequado (PI); 2- Adequado com alterações (AA); 4- Totalmente Adequado (TA). Valor igual ou maior do que 2 significará que o item avaliado atende aos objetivos propostos no estudo.

Este instrumento, formulado no *Google Docs*, foi enviado por *e-mail* e *WhatsApp*, juntamente com o *link* para acesso ao algoritmo. A validação de aparência e conteúdo ocorreu no período de julho a novembro de 2022.

Os valores atribuídos pelos juízes, em cada avaliação, foram descritos por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), Média e Desvio-

-Padrão. Para cada item avaliado, calculou-se o IVC, conforme proposto por Alexandre e Coluci (2011), que mede a concordância de juízes sobre itens avaliados (os objetivos, estrutura, apresentação e a relevância).

Calcula-se o IVC para cada item de uma escala (I-IVC), bem como para a escala geral (S-IVC), em que “I” corresponde à palavra Item; e “S” corresponde a *Scale*. Para calcular o I-IVC de cada item do instrumento, somou-se o número de respostas 2 e 3 e, em seguida, dividiu-se o resultado dessa soma pelo total de respostas obtidas para o item, conforme fórmula a seguir:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 2 ou 3}}{\text{Número total de respostas}}$$

Fonte: Yusuff, 2019.

Para calcular o S-IVC existem duas opções, conforme vem à frente.

Calcular o I-IVC para cada item do instrumento, e depois calcular o I-IVC médio entre os itens. Este processo é denominado de: S-IVC/AVE (AVE= *average variance extracted*).

Calcular a proporção de itens na escala que alcançam uma escala de relevância de 2 ou 3, por todos os especialistas. A este procedimento chama-se S-CVI/UA (UA = *universal agreement*). A pontuação da concordância universal (UA) é dada como 1, quando o item atingiu 100% de concordância dos expertos. Caso contrário, a pontuação da UA é dada como 0 (zero).

Um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de, no mínimo, 0.78 para I-IVC e 0.80 para S-IVC e, preferencialmente, maior do que 0.90, especialmente para novos instrumentos (Yusoff, 2019).

Os valores de I-IVC orientarão as decisões sobre as revisões ou rejeições de itens. Se o valor do IVC for baixo, isto é capaz de significar que os itens não são boas operacionalizações do construto subjacente, que as especificações ou instruções do construto para os especialistas foram inadequadas ou que os próprios especialistas foram tendenciosos, erráticos ou não suficientemente proficientes. Sendo assim, é necessário estabelecer critérios para a formulação de itens relevantes e fazer especificações claras

para os especialistas, após haver selecionado um bom painel destes (Polit; Beck, 2006).

Avaliação da Confiabilidade por via da Consistência Interna

A avaliação da confiabilidade – ou fidedignidade – de um instrumento configura a capacidade de reproduzir um resultado de maneira consistente, no tempo e no espaço, ou com assento em observadores diferentes, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Corresponde a um dos critérios principais de qualidade de um instrumento (Pasquali, 2010).

A confiabilidade refere-se, principalmente, a estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. É importante ressaltar que a confiabilidade não é uma propriedade fixa de um questionário. *Contrario sensu*, ela depende da função do instrumento, da população em que é administrado, das circunstâncias, do contexto; ou seja, o mesmo instrumento é passível de não ser considerado confiável segundo distintas condições. Estimativas de confiabilidade são afetadas por diversos aspectos do ambiente de avaliação (avaliadores, características da amostra, tipo de instrumento, método de administração) e pelo método estatístico utilizado. Portanto, os resultados de uma pesquisa recorrendo a instrumentos de medida só serão interpretados quando as condições de avaliação e a abordagem estatística são exprimidas de maneira clara (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

A consistência interna constitui importante propriedade de medida para instrumentos que avaliam um só construto, utilizando, para isso, uma diversidade de itens. Uma estimativa de consistência interna baixa é capaz de significar que os itens medem construtos diferentes ou que as respostas às questões do instrumento são inconsistentes (Streiner, 2003).

O coeficiente Alfa de Cronbach reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. Em sendo assim, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Embora o coeficiente Alfa de Cronbach seja largamente utilizado na avaliação da consistência interna, ainda não há consenso quanto a sua inter-

pretação. Embora estudos determinem que valores superiores a 0,7 sejam os ideais, algumas pesquisas consideram valores abaixo de 0,70 – mas próximos a 0,60 – como satisfatórios. Neste estudo, estipulou-se como valor ideal o coeficiente Alfa de Cronbach acima de 0,70, conforme sugerido por Bonett e Wright (2015).

Análise Semântica

A análise semântica envolve a compreensão dos itens pela população-alvo, ou seja, a população a que se destina o instrumento, tendo relevância quanto à inteligibilidade dos itens e à validade aparente (Pasquali, 2010).

No que é pertinente à inteligibilidade, se intentou verificar se os itens são bem compreendidos pelo segmento da população que exprime menor nível de habilidades, de maneira que a dificuldade na compreensão dos itens não resulte em fator complicador na utilização do algoritmo (Pasquali, 2017).

A análise semântica desse instrumento foi realizada com oito profissionais da APS: duas enfermeiras, duas psicólogas, dois médicos, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional.

Optou-se por utilizar a técnica de enviar o instrumento para dois grupos: o primeiro grupamento representou o estrato de menor nível de habilidades e experiências profissionais, composto por duas enfermeiras e dois médicos, com tempo de atuação inferior ou igual a dois anos, e o segundo grupo compôs-se duas psicólogas, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional, três delas com pós-graduação *latu sensu* em Saúde da Família e uma com pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, com cinco ou mais anos de atuação profissional, compondo o grupo de estrato mais elevado de habilidades. Segundo Pasquali (2010), essa técnica é considerada uma das mais eficazes na avaliação do entendimento dos itens.

Caracterização da Amostra (segmento da população-alvo) para Validação Semântica

Os profissionais que participaram da validação semântica constituem amostra não probabilística, cuja seleção se iniciou em grupos nacionais de trabalho em Saúde Mental para a APS, mediante técnica de *snowball* (Biernacki; Waldorf, 1981).

Os grupos de trabalho de associações e sociedades de Saúde da Família e Comunidade, em geral, reúnem profissionais associados a tais instituições, de formações diversas, com interesses comuns dentro de um subtema: Saúde Coletiva; Saúde Mental; Saúde Planetária etc., com o planejamento e divulgação de atividades científicas por meio de grupos de *WhatsApp* (Araujo *et al.*, 2019).

Mediante aceite de convite virtual e assinatura de TCLE, oito profissionais receberam, via *e-mail*, o *link* de acesso para o algoritmo clínico-assistencial proposto e um questionário, formulado via *Google Docs*. O questionário para a avaliação semântica envolve cinco questões, cujas respostas estão no formato de escala tipo *Likert*, com pontuação de 0 a 3. Valores iguais ou superiores a 2 representam a correta compreensão do item.

Os juízes da avaliação semântica foram identificados pela conjunto “JVS”, acrescido de algarismo numérico de acordo com a ordem de devolução do instrumento de validação respondido (JVS01 a JVS08). Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em planilhas do Excel®.

A seleção dos profissionais ocorreu com arrimo na análise dos critérios - formação, titulação, função exercida e tempo de atuação - de tal sorte que a amostra exibisse heterogeneidade quanto à formação e ao tempo de atuação profissional, com o objetivo de verificar se o instrumento de pesquisa foi, de fato, elaborado de maneira compreensível para a população-alvo (Pasquali, 2010).

Ademais, esclarece-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com Parecer n. 5.219.099, estando em conformidade com os princípios que regem a bioética em pesquisa com seres humanos no Brasil.

Resultados e Discussão

Resultados Estatísticos

Com amparo nos dados obtidos na primeira avaliação dos juízes (notas do questionário para C-Clareza, P-Pertinência, A-Aparência) e a distribuição da frequência das respostas aos itens do questionário para validação de aparência e conteúdo da Versão 1 - Algoritmo Clínico-Assistencial para Prevenção de Suicídio na Adolescência, por Profissionais da Atenção Primária de Saúde, foi obtido um S-IVC (IVC médio) = 0,98.

Considerações finais

De acordo com os objetivos propostos e resultados obtidos neste estudo, assume-se a responsabilidade de que o Algoritmo clínico-assistencial oferecido

- constitui um instrumento elaborado por meio de embasamento teórico proveniente da literatura científica e de observações no território adscrito a uma Unidade de Atenção Primária de Saúde;
- exibiu Índice de Validade de Conteúdo satisfatório, mediante validação de face e de conteúdo por comitê de juízes especialistas;
- foi considerado pertinente, confiável e facilmente compreendido por profissionais que atuam na Atenção Primária de Saúde; e
- mostrou consistência interna substancial mediante o Teste do Coeficiente Alpha de Cronbach.

Com os resultados satisfatórios encontrados e descritos desde os procedimentos de elaboração, análise por juízes-especialistas e validação semântica, o instrumento é adequado ao fim a que se destina, passível de recomendação para aplicações imediatas, no âmbito interdisciplinar da Atenção Primária de Saúde.

Embora o algoritmo exibido facilite a tomada de decisão, no cuidado transversal em saúde mental, este estudo revela limitações decorrentes do tamanho amostral, uma vez que o período de planejamento e elaboração do instrumento encontrou-se incluído em situação de Emergência de Saúde Pública Internacional, decretada pela Organização Mundial de Saúde por pandemia de SARS-Cov-2, com impacto significativo no aumento da procura de serviços de saúde por pessoas com queixas em saúde mental (Gunnel, 2020).

Em estudos posteriores, considerando-se a complexidade biopsicossocial das adolescências, a psicométrica de redes adequa-se à análise da imbricação dos fatores de risco, distribuídos nos itens e subitens do instrumento, considerando a diversidade social, econômica e o acesso aos serviços de saúde, além de características semelhantes a determinados grupos de maior vulnerabilidade (Naseem. u. *At AI*, 2023; De Beurs *et al.*, 2021).

Referências

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, jul. 2011.

ARAUJO, E. T. H.; ALMEIDA, C. A. P. L.; VAZ, J. R.; MAGALHÃES E. J. L.; ALCANTARA, C. H. L.; LAGO, E. C. Use of social networks for data collection in scientific productions in the health area: integrative literature review. *Aquichan*, v. 19, n. 2, e1924, mar. 2019.

BARRERA, C. A.; VINIEGRA, O. A.; VALENZUELA, F. A. A.; TORRES, L. P. A.; DÁVILA, J. T. Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, v. 54, n. 1, dez, 2016.

BARROS, J. Recognizing states of psychological vulnerability to suicidal behavior: a Bayesian network of artificial intelligence applied to a clinical sample. *BMC Psychiatry*, vol. 20, mar. 2020.

BEURS, D. et al. A network perspective on suicidal behavior: Understanding suicidality as a complex system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 51, n. 1, fev. 2021

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, v. 10, 1981.

BONETT, D. G.; WRIGHT, T. A. Cronbach's alpha reliability: interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *J Organ Behav.*, v. 36, n. 1, jan. 2015.

BRASIL. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 dez. 2023.

CALDEIRA, C. M. H. Estratégias de coping em indivíduos que tentaram o suicídio. Dissertação Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde - Évora: UE, 2015.

CRONBACH, L. J.; MEEHL P. E. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, v. 52, n. 4, jun. 1955.

CAPOTE, J. C. A.; HIDALGO MESA, C. J.; HIDALGO CEPERO, H. E. Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. *Revista - Cubana de Medicina*, v. 58, n. 1, e980, 2019.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

DEL HIERRO, L. I. Análisis de los protocolos y guías de práctica clínica sobre el abuso sexual infantil en España. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Enfermagem - Madrid: UAM, 2018.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E.; KATZ, M.; CAUMO, W.; ROTHER, E. T. Fundamentos da medicina baseada em evidências: teoria e prática. São Paulo: Atheneu, 2014.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, vol. 18, n. 1, 2014.

GIL, A. C., Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

GUNNELL, D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry, 2020.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2002.

JOBES, D. A.; GREGORIAN, M. J.; COLBORN, V. A. A stepped care approach to clinical suicide prevention. Psychological Services, v. 15, n. 3, agosto, 2018.

LIMA, C. R. M. DE; SÁNCHEZ-TARRAGÓ, N.; MORAES, D.; GRINGS, L.; MAIA, M. R. Emergência de saúde pública global por pandemia de Covid-19: desinformação, assimetria de informações e validação discursiva. Folha de Rostto, v. 6, n. 2, mai. 2020.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2013.

LÓPEZ, A. G. Narrativas del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes a suicidio. Revista Sul-Americana de Psicología, v. 9, n. 2, dez. 2021.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. Revista de Enfermagem, Coimbra, v. 4, jan/fev. 2015.

MILLARUELA, T. J. M. Guías de práctica clínica: una visión crítica. *Diabetes Práctica*, v. 6, n. 2, jun. 2015.

MING-WAU, C. *et al.* A decisão de tentar o suicídio sob a lente fenomenológico-existencial sartriana. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, v. 20, n. 4, jun. 2020.

NASCIMENTO, A. R. F. do .; MORAIS, A. P. P.; XAVIER, A. S.; ALMEIDA, P. C. Algoritmo clínico-assistencial para prevenção de suicídio em adolescentes no contexto da atenção primária de saúde. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, Boa Vista, v. 16, n. 48, p. 299–323, 2023.

NASEEM, U. *et al.* 2023. Graph-Based hierarchical attention network for suicide risk detection on social media. *Anais of Companion Proceedings of the Association for Computing Machinery Web Conference*. New York, NY: ACM, 2023.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, v. 372, n. 71, mar. 2021.

PASQUALI L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro, RJ: Ed vozes, 2013

POISK, E. Ávila C.; POISK, C. C.; OLIVEIRA, A. F. M. da S. de.; SCHROEDER, T. M. R.. A constituição psíquica e sua relação com atos autoinfligidos: uma compreensão psicanalítica. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, Boa Vista, v. 16, n. 47, 2023

POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Orgs.). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para prática de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, v. 29, n. 5, out. 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

SCHMITTMANN V. D. *et al.* Deconstructing the construct: a network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/221705059_Deconstructing_the_construct_A_network_perspective_on_psychological_phenomena/citation/download. Acesso em: 22 ago. 2023.

SILVA, R. M. *et al.* Suicidal ideation and attempt of older women in Northern Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, Supl. 2, out. 2018.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas em instrumentos de avaliação de confiabilidade e validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 3, set. 2017.

STEVENS, K., THAMBINATHAN, V., HOLLENBERG, E. *et al.* Core components and strategies for suicide and risk management protocols in mental health research: a scoping review. *BMC Psychiatry*, v. 21, n. 13, jan. 2021.

STONE, M. B. *et al.* Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. *British Medical Journal*, v. 378, e067606, Ago. 2022.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, v. 80, n. 1, fev. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Geneva: WORLD, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide: Global health estimates. Geneva: WORLD, 2021.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. Resource, v. 77, n. 2, dez. 2019.

CAPÍTULO 11

A VACINAÇÃO INFANTIL E SEUS DETERMINANTES: REVISÃO INTEGRATIVA

Paulo Henrique de Araújo Lima Filho

Alice Maria Correia Pequeno

José Maria Ximenes Guimarães

Introdução

A imunização de crianças tem a capacidade de prevenir inúmeras doenças, e o incremento de vacinas a serem desenvolvidas deve ser tratado como prioridade das pessoas, da comunidade, dos governos e dos profissionais de saúde (WHO, 2013).

É do ano de 1796 o desenvolvimento do primeiro imunobiológico seguro, apresentado na Inglaterra por Edward Jenner. Após experiência com a varíola bovina, chamou o material de *vaccine*, derivado do latim *vacca*. Menos de cinco anos depois, mais de 100 mil pessoas já haviam sido vacinadas com o seu método (APS *et al.*, 2018).

As vacinas protegem as pessoas das transmissões individuais, além de proporcionarem, em níveis mais altos de cobertura vacinal, a imunidade de base populacional, conhecida como imunidade de rebanho, o que impede a circulação de agentes infecciosos na população (Briss *et al.*, 2000).

Diretamente relacionada à qualidade de vida, a vacinação também é responsável por aumentar a expectativa de vida da população e diminuir a incidência de doenças, além de evitar milhões de mortes anualmente (WHO, 2013).

A importância da vacinação é comprovada há décadas, mas o sucesso depende da aceitação e entendimento das famílias, que, em suas representações sociais, desde cedo, associam a vacina a dor, sendo necessário trazer à tona um debate que possibilite uma nova cultura sobre imunização (Gaspi; Magalhães Júnior; Carvalho, 2019).

Durante a última década, com a massificação da internet, ocorreu

um aumento da desconfiança em torno da vacinação, pela propagação de notícias falsas, quando a autoridade do profissional de saúde sobre o tema ou mesmo das instituições acadêmico-científicas, paulatinamente, é substituída por *pseudoexpertos*, com propósito deliberado de produzir desinformação (Massarani; Leal; Waltz, 2020).

Além das *Fake News* com vieses ideológicos, a crise de não vacinação relaciona-se com o fato de, em tempos de mídias sociais, as instituições governamentais se comunicarem complexa, inacessível e lentamente, como assinalam Gu *et al.* (2017), bem assim de as entidades científicas utilizarem conteúdos inacessíveis para a população em geral, como explicam Poland e Spier (2010), sendo, portanto, necessário investimento em comunicação ágil e eficiente com a sociedade em plataformas atuais.

Assim, exprime-se que a cobertura vacinal é complexa e envolve vários fatores e determinantes sociais, devendo-se considerar variadas estratégias de incentivo à imunização para combater a baixa cobertura.

O estudo agora relatado demandou pela resposta a esta indagação: Quais os fatores que dificultam e os que facilitam a vacinação de crianças? Dessa maneira, objetivou-se compreender como a decisão de vacinar crianças se relaciona com os determinantes e influenciam na cobertura vacinal no Brasil.

Ao conhecer e entender os fatores que interferem na vacinação de crianças no Brasil, espera-se contribuir diretamente na elaboração de estratégias para enfrentar a baixa cobertura vacinal em crianças.

Imunização no Brasil

A primeira campanha de vacinação no Brasil data de 1904, com a lei da vacina obrigatória, tendo sido suspensa no mesmo ano, após revolta popular, numa campanha coordenada pelo então jovem médico sanitariano Oswaldo Cruz e instituída com o objetivo de erradicar a varíola que, naquele momento, assolava a população do Rio de Janeiro, capital do Brasil à época (Domingues *et al.*, 2020).

O Programa Nacional de Imunização teve início em 1973, com a campanha de vacinação contra o sarampo e, na década seguinte, alcançou

uma redução significativa de incidência da doença de 96,6/100 mil habitantes para 16,13/100 mil habitantes (Brasil, 2019a).

À extensão dessas mais de quatro décadas, o Brasil acumulou experiência, robustez e reconhecimento internacional do seu programa de imunização, que, hoje, conta mais de 36 mil salas de vacina em todos os municípios do Território Nacional (Domingues *et al.*, 2019).

O Brasil, no entanto, assiste ao reaparecimento de casos de doenças já pretensamente erradicadas, resultante da crescente redução da cobertura vacinal no País, que ocorreu nos últimos anos, sendo que, de 2016 a 2018, apenas a BCG atingiu a meta estipulada (Domingues *et al.*, 2020).

As razões para não vacinação na idade adequada são multifatoriais. Karafillakis *et al.* (2016), todavia, mostram, numa pesquisa realizada em quatro países europeus, que existe resistência até entre alguns profissionais de saúde, havendo estes demonstrado preocupações em relação à segurança das vacinas, suspeita sobre a sua necessidade e desconfiança com relação a empresas farmacêuticas e autoridades de saúde.

A subvacinação está relacionada a inúmeros fatores, que vão desde o esquecimento até as falsas notícias veiculadas pelas redes sociais. Menciona-se, também, o desabastecimento parcial de alguns imunobiológicos, problemas operacionais de execução, desconhecimento da importância das vacinas, hesitação em vacinar por sentimento de pena, falta de tempo, criança doente, acessibilidade, incluindo até a dificuldade do registro adequado da dose administrada nos sistemas de informação (Barros *et al.*, 2015; Domingues *et al.*, 2020).

A literatura ensina, também, que se é capaz de enfrentar esse problema com múltiplas estratégias, seja com programas de Educação em Saúde direcionados para a população, redesenhando o cartão de vacina, fortalecendo a comunicação entre profissionais de saúde e o povo, promovendo o uso de tecnologias para o envio de lembretes ou, ainda, flexibilizando dias e horários dos locais de vacinação (Usman *et al.*, 2011; Johri *et al.*, 2015; Williams *et al.*, 2011).

Determinantes Sociais

Em 2005, a World Health Organization (WHO) criou a *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH), com o objetivo de promover a consciência sobre a importância dos determinantes sociais nas condições de saúde de pessoas e populações (Brasil, 2008).

Um ano depois, por meio de um decreto presidencial, em 13 de março de 2006, o Brasil foi o primeiro país a criar a própria comissão, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com o objetivo de produzir conhecimento sobre os determinantes, contribuir para a formulação de políticas e mobilizar distintas instâncias do governo e da sociedade civil. Esse dispositivo foi revogado, em 2019, e substituído por decreto presidencial (Brasil, 2019b).

Os determinantes sociais da saúde são definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que interferem nos problemas de saúde, dos quais advêm riscos, e são influenciáveis por decisões políticas, econômicas ou individuais (Brasil, 2008; Solar; Irwin, 2010). Para Carmo e Guizardi (2018), as desigualdades em saúde são injustas e evitáveis.

No Brasil, são as condições de saúde da população afetadas diretamente. A mortalidade infantil foi reduzida nas últimas décadas com a melhoria dos determinantes, a diminuição da pobreza e o alívio das desigualdades, além do êxito do Programa Nacional de Imunização (Marinho; Ferreira, 2021).

No mundo inteiro, muitos fatores já foram associados à baixa cobertura vacinal, como: obstétricos, conhecimento materno, atitude materna, autoeficácia e expectativa de resultado materno, fatores sociodemográficos de pais e filhos e, ainda, fatores logísticos e administrativos, como mostra a revisão sistemática de Galadima *et al.* (2021) na África; ausência ou tipo do seguro-saúde nos Estados Unidos (Hill *et al.*, 2018); ou mesmo leis de vacinação obrigatória, como aconteceu na Lombardia (Itália) em 2017 (Crocchi *et al.*, 2020).

Metodologia

A revisão integrativa é a mais ampla das revisões e dá oportunidade à compreensão completa do fenômeno analisado. Combina dados da literatura teórica e empírica e deve gerar uma amostra consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A revisão integrativa seguiu seis etapas: elaboração de pergunta para revisão, procura na literatura, coleta de dados representando as características da pesquisa primária, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e interpretação dos resultados e relato da revisão (Ganong, 1987).

Foi realizada no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, e consistiu em uma revisão integrativa da literatura, que adotou como estratégia de elaboração da pergunta norteadora o método *Population, Variables and Outcomes* (PVO). Por meio do PVO, organizam-se os elementos de modo estrutural, delimitando os descritores de procura, de acordo com o Quadro 1, findando com a questão norteadora: “Quais os fatores que dificultam e os que facilitam a vacinação de crianças?” (Cavalcante *et al.*, 2019).

Quadro 1 – Itens da estratégia de pesquisa, componentes e descritores.

Itens	Componentes	Descritores MeSH	Descritores Decs
Population	Crianças	Child	Criança
Variables	Fatores	Factors	Fatores
Outcomes	Vacinação	Vaccination	Vacinação

Fonte: Adaptado de Cavalcante *et al.* (2019)

A pesquisa foi realizada na base de dados Cochrane, MEDLINE e PUBMED, com os descritores no Medical Subject Headings (MeSH) e operadores booleanos: *child and factors and vaccination*; na CINAHL e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a base de dados LILACS e BDEFN com os DeCS e operadores booleanos: *criança and fatores and vacinação*.

Para a seleção da amostra, os critérios de inclusão foram: textos completos disponíveis publicados de 1980 a 2021, nos idiomas português e inglês. Foram excluídas publicações repetidas nas bases de dados, ou que não respondiam à questão, e ainda aquelas publicações que não tratavam de dados relativos ao Brasil. Os indicadores foram extraídos na coleta dos dados, seguiu-se com a análise desses indicadores, discussão dos resultados e apresentação neste texto.

Resultados e discussão

No mundo inteiro, existem revisões tratando do assunto e concluindo que determinantes sociais, ideologia política, comunicações deficientes com os profissionais, relação negativa com profissionais de saúde e programas de transferências condicionais de renda influenciam na cobertura vacinal (Lagarde; Haines; Palmer, 2009; Ames; Glenton; Lewin, 2017; Cooper *et al.*, 2021).

A revisão integrativa visa a acomodar os mais variados tipos de estudos, mas esta revisão optou por se limitar aos experimentos realizados no Brasil, já que a compreensão específica da realidade brasileira é o foco deste ensaio, e essa deveria ser mais estudada separadamente (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

No Brasil, há uma lacuna na literatura em relação a revisões acerca dos determinantes da cobertura vacinal em crianças, de sorte que este estudo se presta a suscitar essa discussão, incluindo as evidências científicas brasileiras.

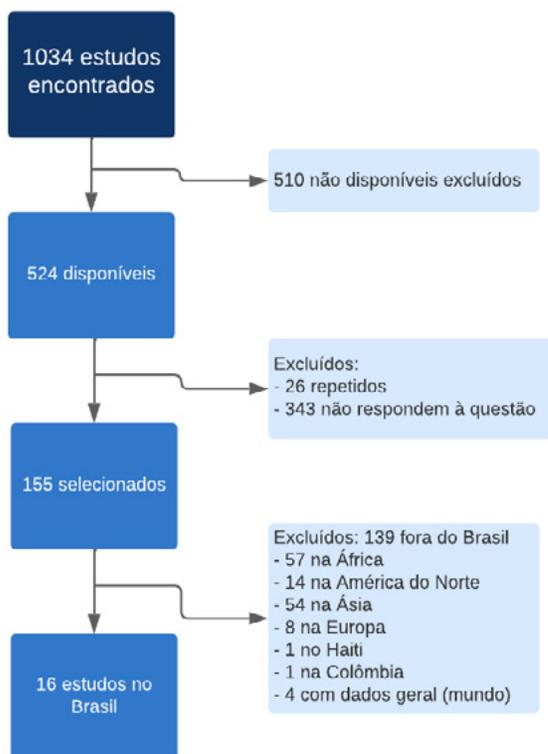
Do total de 1034 estudos encontrados, 510 não estavam disponíveis e foram excluídos. Após a leitura dos títulos e resumos dos 524 restantes, foram excluídos mais 26 estudos repetidos e outros 343 que não respondiam à pergunta norteadora, chegando a 155 publicações que atendiam à demanda.

Como a pesquisa demandou por evidências de dados para compreender os determinantes da cobertura vacinal no Brasil, 139 estudos que

tratavam de indicadores de fora do País também foram excluídos, de modo que se chegou, então, a 16 artigos selecionados, como mostram as Figuras 1 e 2.

Figura 1 – Fluxograma da busca e seleção dos estudos da revisão, 2022.

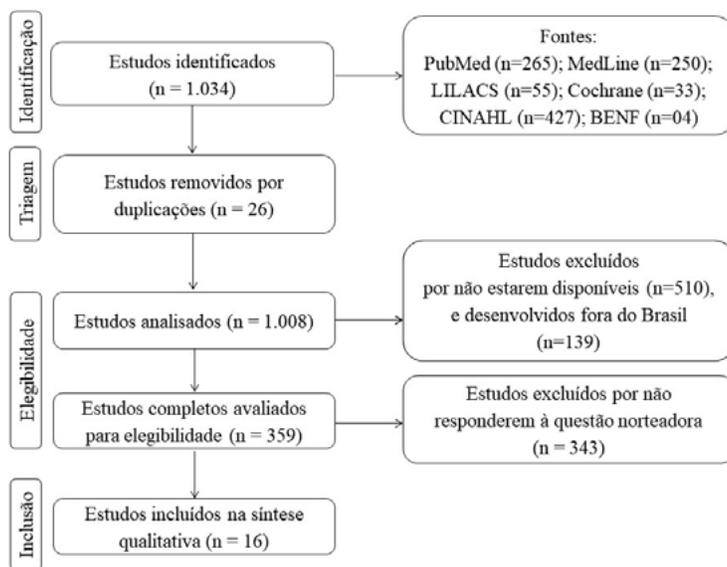
Figura 1: Resumo da busca e seleção dos estudos para a revisão



Fonte: Elaborada pelos autores

Dos 1034 estudos identificados, 265 foram na PubMed, 250 na MEDLINE, 55 na LILACS, 33 na Cochrane, 427 na CINAHAL e 4 na BDENF. A figura 2 detalha seleção e filtro das publicações encontradas.

Figura 2 - Seleção das publicações nas bases de dados, com base no fluxograma PRISMA



Fonte: Elaborada pelos autores.

Após leitura dos textos selecionados, prosseguiu-se com o levantamento dos fatores que facilitam e dificultam a vacinação (Quadro 2), a análise crítica dos estudos incluídos e a discussão dos resultados, que serviram de base para conhecer o problema da baixa cobertura vacinal.

Decidiu-se não excluir as teses para que, nesta oportunidade, se aproveitassem todas as publicações e se procedesse a uma discussão mais ampla, incluindo até mesmo o artigo que trata da hesitação vacinal (Sato, 2018) e a revisão, em São Paulo, de Ribeiro; Moraes (2008).

O Quadro 2 mostra os estudos analisados, que remetem a dados de regiões do Brasil, sendo o Nordeste o foco de oito estudos (Victora *et al.*, 1991; Silva *et al.*, 1999; Queiroz *et al.*, 2013; Barata; Pereira, 2013; Yokokura *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2018; Maciel *et al.*, 2019; Veras *et al.*, 2021); há cinco estudos no Sudeste, todos em municípios do Estado de São Paulo (Gatti; Oliveira, 2005; Moraes; Ribeiro, 2008; Tauil, 2017; Ferreira *et al.*, 2018; Souza,

2020); um deles na Região Sul, realizado em Curitiba (Luhm, 2008); um no Centro-Oeste, com dados de Goiânia (Saraiva *et al.*, 2015); e um artigo de opinião, tratando da hesitação vacinal que remete a dados da cobertura vacinal de todo o País (Sato, 2018). Não foi encontrada investigação na região Norte.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos quanto aos fatores que interferem na cobertura vacinal
(continua)

ID	Autor/Ano	Local	Tipo de publicação	Fatores que interferem na cobertura vacinal
1	Victora, C. G.	Nordeste, Brasil	Artigo	Renda familiar
2	Silva, A. A. M. D., 1999	São Luis, Brasil	Artigo	Idade da criança
3	Gatti, M. A. N., &Oliveira, L. R., 2005	Bauru, Brasil	Artigo	Esquecimento
4	Moraes, J. C. D., &Ribeiro, M. C. S. D. A., 2008	São Paulo, Brasil	Artigo	Estrato socioeconômico
5	Luhm, K. R., 2008	Curitiba, Brasil	Tese	Idade materna
6	Queiroz, L. L. C.	Nordeste, Brasil	Artigo	Cidade ondemora
7	Barata, R. B., &Pereira, S. M., 2013	Salvador, Brasil	Artigo	Estrato socioeconômico
8	Yokokura, A. V. C. P.	São Luis, Brasil	Artigo	Estrato socioeconômico
9	Saraiva, F. O.	Goiânia, Brasil	Artigo	Pessoas dividindo quarto
10	Tauil, M. D. C., 2017	Araraquara, Brasil	Tese	Idade materna
11	Silva, F. D. S.	São Luis, Brasil	Artigo	Escolaridade materna

12	Ferreira, V. L. D. R.	Araraquara, Brasil	Artigo	Introdução de novas vacinas
13	Sato, A. P. S., 2018	Brasil	Artigo	Hesitação vacinal
14	Maciel, J. A. P.,	Fortaleza, Brasil	Artigo	Faixa etária das mães
15	Souza, E. L. D., 2020	Araraquara, Brasil	Tese	Idade materna
16	Veras, A. A. C. D. A.	Pernambuco, Brasil	Artigo	Número de membros na família

Fonte: Elaborado pelos autores

Quanto ao delineamento dos estudos, 11 utilizaram inquéritos domiciliares, sendo que um dos estudos visitou domicílios de crianças faltosas à vacinação de um bairro de Bauru para investigar os motivos (Gatti; Oliveira, 2005); e outros nove foram transversais, um dos quais utilizou dados dos sistemas de informação e visitas dos ACS apenas para as crianças com cadastro incompleto para conferir cartão de vacina (Luhm, 2008); sete só aceitaram o cartão de vacinação como documento para confirmar vacinação (Barata; Pereira, 2013; Queiroz *et al.*, 2013; Yokokura *et al.*, 2013; Saraiva *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2018; Maciel *et al.*, 2019; Veras *et al.*, 2021); e dois, além do cartão, também aceitaram relatos das mães, se descrevessem a técnica correta de vacinação (Victoria *et al.*, 1991; Silva *et al.*, 1999).

Ainda quanto ao delineamento das pesquisas, duas se caracterizaram como coorte de dados secundários de sistemas de informação (Ferreira *et al.*, 2018; Souza, 2020), uma (Tauil, 2017), apesar de ter usado dados dos sistemas de informação, apontou crianças que o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) indicava terem nascido, mas não possuíam registro no sistema local de informação de imunização, embora não tenha localizado no endereço registrado no SINASC nenhuma criança. Moraes e Ribeiro (2008) citam dados de outra pesquisa que também partiu de inquéritos domiciliares.

O público investigado quanto à cobertura vacinal em todas as pesquisas é de crianças, porquanto foram excluídas as investigações que trata-

vam de outras faixas etárias, mas as idades pesquisadas são bastante heterogêneas. Três estudos investigaram a cobertura em idades de 12 a 24 meses (Luhm, 2008; Tauil, 2017; Souza, 2020), dois de 12 a 59 meses (Silva *et al.*, 1999; Yokokura *et al.*, 2013), outro em menores de seis anos (Gatti; Oliveira, 2005), um em menores de cinco anos (Victora *et al.*, 1991), um em menores de quatro anos (Queiroz *et al.*, 2013), um em menores de três anos (Maciel *et al.*, 2019), um em crianças de 18 a 36 meses (Barata; Pereira, 2013), um em idade de 13 a 35 meses (Silva *et al.*, 2018), um em crianças de 18 meses (Moraes; Ribeiro, 2008) e outro em crianças de até 15 meses (Saraiva *et al.*, 2015).

É importante evidenciar, também, a diferença das vacinas pesquisadas, pois a maior parte dos estudos considera quatro ou mais imunobiológicos para calcular a cobertura vacinal. No estudo de Saraiva *et al.* (2018), apenas a pneumocócica foi avaliada, enquanto no experimento de Veras *et al.* (2021) foi investigada, exclusivamente, a cobertura para a DTP (difteria, tétano e coqueluche).

Apenas para fins didáticos, as evidências foram organizadas em fatores relacionados aos usuários (individuais, familiares e políticos), determinantes sociais e vinculados ao serviço (Quadro 3).

Quadro 3 - Fatores que interferem na cobertura vacinal de crianças

	Fatores que interferem na cobertura	ID Publicações
Usuários (Individuais, Familiares e Políticos)	Número de filhos	5, 9*, 10, 11, 15, 16**
	Escolaridade materna	2, 6, 10, 11, 15
	Idade materna	5, 10, 14***, 15
	Idade da criança	2, 11, 12
	Doença da criança	3, 15****
	Raça (cor da pele)	8, 16
	Sexo da criança	8
	Autopercepção de felicidade	16
	Gravidez sem planejamento	11
	Hesitação vacinal (decorrente de	13
	Esquecimento	3
	Tabagismo	11
Determinantes Sociais (População em Geral)	Estrato socioeconômico	1, 4, 6, 7, 8, 11
	Número de consultas pré-natal	5, 10, 11, 15
	Número de consultas médicas	5
	Cidade ondemora	6
	Plano de saúde privado	9
	Saneamento básico	16
Serviço (Organizacionais)	Distância da unidade de saúde	3
	Vínculo fraco com a unidade de saúde	10
	Unidade de saúde sem ESF	10
	Falta de vacina no serviço	11
	Indisponibilidade de atendimento ambulatorial/internação	11
	Horário de funcionamento da unidade de saúde	3
	Introdução de novas vacinas	12

- * Pessoas dividindo quarto com a criança
- ** Número de membros da família
- *** Influenciou divergindo de outros estudos
- **** Hospitalização no primeiro ano

Fonte: Os Autores

Consoante expresso no Quadro 3, são estes os fatores que estão em maior quantidade nas publicações: número de filhos, estrato socioeconômico, escolaridade materna, idade materna e número de consultas pré-natal, nesta ordem.

O número de filhos(as) aparece como um fator de destaque nas pesquisas, influenciando de modo inversamente proporcional à cobertura vacinal, pois, quanto maior a quantidade de crianças, menor é o percentual de vacinação completa (Luhm, 2008; Saraiva *et al.*, 2015; Tauil, 2017; Silva *et al.*, 2018; Souza, 2020; Veras *et al.*, 2021).

O mesmo ocorre com a idade da criança, porquanto os estudos indicam que, quanto maior for a idade da criança, menor é o índice de completude (Silva *et al.*, 1999; Silva *et al.*, 2018; Ferreira *et al.*, 2018), o que sugere a influência do acúmulo de vacinas à extensão dos meses, ou mesmo pela ideia de que a criança estaria menos susceptível a doenças com o avanço da idade, deixando os responsáveis menos diligentes no que concerne à vacinação.

Em geral, populações com níveis econômicos e socioculturais mais baixos estão associadas a menores coberturas, embora essa relação não seja linear. Em São Paulo, essa lógica foi contrariada em 1998, quando os estratos mais ricos e mais pobres relatavam as piores coberturas, e em 2002, quando coberturas mais baixas foram encontradas em quem tinha as melhores condições de vida (Moraes; Ribeiro, 2008).

Victoria *et al.* (1991) concluíram que, no Rio Grande do Norte, a cobertura não variou em função da renda, mas, em Sergipe e no Ceará, existiu relação direta entre a renda familiar e a cobertura vacinal, pois, à medida que aumentava a renda, a cobertura seguia na mesma direção.

Estudo realizado em 2013 alertava para uma possível mudança de perfil nas crianças faltosas à vacinação, percebendo que, em municípios como Fortaleza, Recife e Salvador, camadas de melhor poder aquisitivo e maior escolaridade obtiveram menores coberturas, e que o município no qual a pessoa mora foi determinante para a cobertura vacinal, sendo que Teresina foi, dentre as capitais do Nordeste investigadas, a que exprimiu melhor cobertura vacinal (Queiroz *et al.*, 2013).

Os autores atribuíram ainda a expansão da cobertura a ações das ESF em áreas mais carentes, bem como sugeriram que os responsáveis por crianças em melhores condições de vida estariam menos preocupados com a ocorrência de doenças infecciosas, dada a redução dessas doenças nas últimas décadas no País.

Em outro estudo, de 2013, o achado em Salvador foi diferente, uma vez que crianças residentes em áreas mais pobres tinham menos acesso ao programa de imunização (Barata; Pereira, 2013). Em São Luís, o esquema básico incompleto foi mais frequente nas classes D e E (Yokokura *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2018).

As desiguais coberturas associadas a variados níveis socioeconômicos impede a redução da morbimortalidade para as doenças, que só terão seu controle ao serem alcançados índices homogêneos em todos os subgrupos (Mota, 2014).

Para a escolaridade materna, Silva *et al.* (1999) concluíram que os filhos de mães que frequentaram até quatro anos de escola tiveram risco 1,42 vez maior de não serem vacinados em relação a mães de escolaridade maior, em São Luís. Quase 20 anos depois, o padrão para São Luís permaneceu inalterado na pesquisa, que verificou a baixa escolaridade associada a incompletude vacinal (Silva *et al.*, 2018).

Pesquisa realizada em Salvador mostrou o inverso - escolaridade maior esteve associada a menor cobertura (Barata; Pereira, 2013), assim como em Araraquara (Tauil, 2017; Souza, 2020), mostrando que os fatores são variáveis conforme a localidade.

A idade da mãe interferiu, melhorando a cobertura com o avanço da idade em Curitiba e Araraquara (Luhm, 2008; Tauil, 2017; Souza, 2020), enquanto em Fortaleza os filhos de mães adolescentes se mostraram com melhores índices (Maciel *et al.*, 2019).

Um fator que se mostrou influenciando de maneira uniforme foi o número de consultas pré-natal, pois, quanto mais assistida a mãe foi na gestação, maior a chance de as crianças terem esquema vacinal completo (Luhm, 2008; Tauil, 2017; Silva *et al.*, 2018; Souza, 2020).

A idade da criança também se comporta semelhantemente nas pesquisas, indicando que, com o avanço da idade, se acentuam as doses em atraso (Silva *et al.*, 1999; Silva *et al.*, 2018; Ferreira *et al.*, 2018). Assim como a cor da pele da mãe (preta) mostrou influxo negativo no esquema vacinal completo em Pernambuco e em São Luís (Yokokura *et al.*, 2013; Veras *et al.*, 2021).

Em Araraquara, Souza (2020) associou positivamente o programa de transferência condicionado de renda à cobertura vacinal, aumentando de sete a dez por cento, comparando crianças de famílias que não recebem o recurso financeiro, embora em São Luís e em Ribeirão Preto essa associação não tenha sido demonstrada (Silva *et al.*, 2020).

Estudos em outros locais reforçam essa evidência da transferência condicional de renda como eficaz, exemplos de México, Honduras, Nicarágua e Colômbia, como mostra a revisão de Lagarde, Haines e Palmer (2009).

De acordo com Sato (2018), desde 2016, outro fator que influencia na diminuição da cobertura vacinal no Brasil é a hesitação vacinal, que, malgrado ser uma preocupação antiga nos Estados Unidos e na Europa, ganha força no Brasil apenas nos últimos anos, com o crescente compartilhamento de informações falsas nas redes sociais. Essas *fake news* afetam os “3Cs” (Confiança, Complacência e Conveniência), modelo proposto pela WHO, já que diminuem a confiança na eficácia e segurança das vacinas, aumentam a complacência pela baixa percepção de risco de contrair doenças e ainda minam a conveniência por meio da capacidade de compreensão e acesso à informação em saúde de qualidade (Sato, 2018).

Artigo de Cata-Preta *et al.* (2021), estudando a hesitação vacinal em 86 países de baixa e média renda, assinala que o padrão clássico de desigualdade pró-ricos, em que os ricos têm melhor cobertura do que os pobres, parece estar mudando, especialmente nos países de renda média alta. Os autores propõem que essa mudança decorre, decerto, da hesitação vacinal entre as famílias ricas.

Outro estudo que corrobora os anteriores é o de Cooper *et al.* (2021). Os autores dessa revisão de 27 artigos mostram a ideologia política influenciando a cobertura vacinal e sugere que pais, particularmente em países de alta renda, entendem as decisões de saúde como aspectos individuais. A lógica neoliberal, compreendendo que as escolhas, responsabilidades e riscos são individuais, conflita com os programas de vacinação que enfatizam o risco generalizado e a saúde da população (Cooper *et al.*, 2021).

Os autores exprimem, também, que a exclusão social dos grupos menos favorecidos é suscetível de prejudicar a relação de confiança com o governo, levando alguns pais socialmente excluídos a desconfiar da vacinação e a recusá-la como jeito de resistência ou de mudança (Cooper *et al.*, 2021).

Não existe uma receita para enfrentar os fatores associados à baixa cobertura vacinal. As vulnerabilidades expressas pelos estudos devem ser amplamente encaradas, com melhoria das condições de vida da população em geral, mas, certamente, um fator transversal passível de contrapor os sucessivos decréscimos nas vacinações e proteger o programa nacional de imunização no Brasil é o aumento do conhecimento pela população, com estratégias de comunicação, mídia e mobilizações (Jarret *et al.*, 2015).

Alguns estudos recentes relacionam a falta de conhecimento ao atraso ou falta vacinal (Eshete, A.; Shewasinad, S.; Hailemeskel, S., 2020; Eze *et al.*, 2021; Galadima *et al.*, 2021; Hu *et al.*, 2018), mas não deixam claro que conhecimento seria esse, se o conhecimento da importância da vacina, se seria conhecimento da data correta para vacinação, qualquer deles ou ambos, mas é certo que os profissionais devem reforçar e estimular o aumento da cobertura vacinal, munindo os usuários de todas as informações possíveis acerca da vacinação.

O estudo dessas evidências contribuiu para compreender os fatores que influenciam a cobertura vacinal do Brasil, e sugere que, dos fatores encontrados, o de incorporação mais recente e que contribui, sobremaneira, para o decréscimo na cobertura é o da hesitação vacinal associado às *fake news*. Embora inúmeros outros fatores demográficos e socioeconômicos tenham ocorrido nos últimos anos, só será possível desnudá-los fazendo-se mais pesquisas na área.

Importante é salientar que os fatores encontrados são os habitualmente pesquisados, e que existem, certamente, outros que influenciam tanto quanto estes na cobertura vacinal, mas, possivelmente, foram pouco investigados, mencionando-se as *fake news* como exemplo, que ainda aparecem pouco nas pesquisas por ser um fenômeno recente, mas, na sociedade atual, com informação circulando de maneira instantânea, tende, crescentemente, a influenciar.

Ressalta-se o maior quantitativo de estudos ser oriundo do Nordeste brasileiro, quando a Região é comparada às demais. Apesar de não encontrar, na literatura, a motivação para o maior número de pesquisas, tal fato é suscetível de estar associado à desigualdade social e de acesso aos serviços de saúde. Por conseguinte, os estudos desenvolvidos no Nordeste representam uma tentativa dos pesquisadores em evidenciar os dados da cobertura vacinal na região, de modo a estimular maiores investimentos em saúde e ações para melhoria do acesso da população mais vulnerável.

Uma das limitações desta revisão foi a dificuldade de uniformizar os dados deste levantamento de maneira fidedigna, em decorrência das distintas regiões pesquisadas, das várias metodologias encontradas nos estudos, bem como das vacinas avaliadas. Outro fator limitante foi a inclusão de estudos que recorreram a dados secundários e possuem baixa confiabilidade, já que estimar taxas de cobertura com arrimo em dados secundários dos serviços de saúde é conducente a uma série de imprecisões, desde falhas de registros até estimativas erradas da população. Estimativas generalizadas impedem identificação de áreas com baixa cobertura dentro de determinados municípios, ou, ainda, grupos populacionais não imunizados.

Ressalta-se outra importante limitação desta revisão integrativa, conformada no fato de haverem sido selecionados apenas estudos disponíveis eletronicamente na íntegra.

Diversos fatores contribuem para a baixa cobertura vacinal. De semelhante modo, o enfrentamento do problema deve se dar em inúmeras frentes. Apesar da importância da condição socioeconômica, toda a sociedade deve olhar atentamente para as *fake news*.

A questão norteadora da revisão fez com que se chegasse aos estudos selecionados, divisando os principais fatores associados à baixa cobertura vacinal no Brasil. Os dados obtidos indicam que pesquisas na área serão sempre importantes para que haja uma atualização frequente desses fatores.

Infere-se, ainda, que as políticas públicas precisarão avançar em todos os sentidos, tanto na educação formal como na disseminação do conhecimento em saúde, assim como na diminuição das desigualdades sociais, reduzindo as iniquidades em saúde, para que haja melhoria dos indicadores e a própria cobertura vacinal no futuro se mantenha, permanentemente, em níveis satisfatórios.

Considerações finais

A investigação, ora encaminhada para seu termo, identificou como principais fatores relacionados à baixa adesão à vacinação: número de filhos, estrato socioeconômico, escolaridade materna, idade materna e número de consultas pré-natal, nesta ordem. O fator de incorporação mais recente e que contribui, sobremaneira, para o decréscimo na cobertura é a hesitação vacinal associada às *fake news*.

Tais fatores, encontrados na literatura científica, reiteram a relevância da temática e demonstram a necessidade de que futuras investigações sejam realizadas acerca deste tema, também, para que se evidencie mais claramente o que tem ocorrido no País para alimentar a queda das coberturas vacinais, relacionando até mesmo os variados modelos de organização

da saúde nos mais diversificados contextos, as mudanças ideológicas e do próprio financiamento à medida do tempo.

Os resultados demonstraram que, apesar do crescente número de publicações nos últimos anos abordando os fatores que interferem na cobertura vacinal no Brasil, a Ciência precisa avançar nessa matéria, já que ainda não existem pesquisas de base nacional que indiquem fatores abrangentes a interferirem transversalmente em todo o Território Nacional, servindo este estudo para lançar uma luz nesse sentido.

O sucesso do programa de imunização brasileiro é ameaçado, reorrentemente, nos últimos anos, o que traz o desafio de lançar mão das mais variadas estratégias, com o objetivo de elevar a cobertura vacinal a níveis que consigam proteger a população de maneira adequada novamente.

Referências

AMES, H. M.; GLENTON, C.; LEWIN, S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 2, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011787.pub2. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011787.pub2/full>. Acesso em 07 de fevereiro de 2022.

APS, L. R. D. M. M. *et al.* Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 40, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000384 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6T6JH8wZHMgqVsVkjZ85xLm/?lang=en>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BARATA, R. B.; PEREIRA, S. M. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, p. 266-277, 2013. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000200004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/3NsdZWTHFFL5MRrKVStcBPm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BARROS, M. G. M. *et al.* Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, p. 701-710, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2015.v24n4/701-710/> Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Decreto Federal n. 10.087 de 05 de novembro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, edição 215, seção 1, p. 6. 06 de nov. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10087.htm#art1. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde. Reintrodução do vírus do sarampo no Brasil e os desafios para recertificação da sua eliminação. *In*: Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a. p. 285-303. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2019_analise_situacao.pdf. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasil. 2008. 216p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRISS, P. A. *et al.* Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. The Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med* 2000; 18:Suppl 97 – 140. DOI: 10.1016/s0749-3797(99)00118-x.

Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(99\)-00118-X/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(99)-00118-X/fulltext) Acesso em: 18 maio 2021.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8g-CqRGg6RrNmsYn8WHv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2022.

CATA-PRETA, B. O. *et al.* Patterns in wealth-related inequalities in 86 low- and middle-income countries: Global evidence on the emergence of vaccine hesitancy. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 60, n. 1, p. S24-S33, 2021. DOI: 10.1016/j.amepre.2020.07.028. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(20\)30395-0/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(20)30395-0/fulltext). Acesso em: 11 jul. 2022.

CAVALCANTE, J. L. *et al.* Tecnologias em saúde para a promoção do autocuidado em pacientes com hanseníase: explorando evidências científicas. *Revista Baiana de Enfermagem* V. 33, 2019. DOI: 10.18471/rbe.v33.33369. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33369>. Acesso em: 31 out. 2021.

COOPER, S. *et al.* Factors that influence parents' and informal caregivers' views and practices regarding routine childhood vaccination: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 10, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD013265.pub2. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013265.pub2/full>. Acesso em: 03 fev. 2022.

CROCI, R. *et al.* Trends in childhood vaccinations coverage in Lombardy Region after the National Vaccine Prevention Plan (2017-19) and the new law on mandatory vaccinations. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, v. 91, n. Suppl 3, p. 71, 2020. DOI: 10.23750/abm.v91i3-S.9458. Disponível em: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/9458>. Acesso: 22 mar. 2022.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 28(2), 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2019.v28n2/e20190223>. Acesso em: 10 jul. 2021.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00222919. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=pt> HYPERLINK “<https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=pt&format=pdf>” &HYPERLINK “<https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=pt&format=pdf>” format=pdf. Acesso em: 10 jul. 2021.

ESHETE, A.; SHEWASINAD, S.; HAILEMESKEL, S. Immunization coverage and its determinant factors among children aged 12–23 months in Ethiopia: a systematic review, and meta-analysis of cross-sectional studies. *BMC pediatrics*, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2020. DOI: 10.1186/s12887-020-02163-0 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513135/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

EZE, P. *et al.* Factors associated with incomplete immunisation in children aged 12–23 months at subnational level, Nigeria: a cross-sectional study. *BMJ open*, v. 11, n. 6, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047445. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e047445.abstract>. Acesso em: 15 fev. 2022.

FERREIRA, V. L. R. *et al.* Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. *Cadernos de saúde pública*, v. 34, p. e00184317, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00184317. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n9/e00184317/pt/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

GALADIMA, A. N. *et al.* Factors influencing childhood immunisation uptake in Africa: a systematic review. *BMC public health*, v. 21, n. 1, p. 1-20, 2021. DOI: 10.1186/s12889-021-11466-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8320032/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. *Rev Nurs Health*. V.10, n.1, p.1-11, 1987. DOI:10.1002/nur.4770100103.

GASPI, Suelen de; MAGALHÃES JÚNIOR, Carlos Alberto de Oliveira; CARVALHO, Graça Simões de. Representações sociais de crianças brasileiras sobre vacinação: subsídios para educação em saúde. *Anais do IX Encontro Regional de Ensino de Biologia Regional 3 Sul*. Santa Maria, RS. UFSM, 2019. Disponível em: http://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/64626/1/Erebio-Sul_Vacinacao.pdf. Acesso em: 06 nov. 2021.

GATTI, M. A. N.; OLIVEIRA, L. R. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepção sobre vacina: um inquérito domiciliar. *Salusvita*, v. 24, n. 3, p. 427-436, 2005. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.630.5476&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

GU, Z. *et al.* A vaccine crisis in the era of social media. *National Science Review*, v. 5, n. 1, p. 8-10, 2018. DOI: 10.1093/nsr/nwx098. Disponível em: <https://academic.oup.com/nsr/article/5/1/8/4081685?login=true>. Acesso em: 06 nov. 2021.

HILL, H. A. *et al.* Vaccination coverage among children aged 19–35 months—United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 67, n. 40, p. 1123, 2018. DOI: Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6740a4.htm?s_cid=mm6740a4_w. Acesso em: 17 mar. 2022.

HU, Y. *et al.* Routine vaccination coverage of children aged 1-7 years in Zhejiang province, China. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, v. 14, n. 12, p. 2876-2883, 2018. DOI: 10.1080/21645515.2018.1504523. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2018.1504523>. Acesso em: 15 fev. 2022.

JARRETT, C. *et al.* Strategies for addressing vaccine hesitancy - A systematic review. *Vaccine*, v. 33, n. 34, p. 4180-4190, 2015. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.040. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005046?via%3Dihub>. Acesso em: 17 abr. 2022.

JOHRI, M. *et al.* Strategies to increase the demand for childhood vaccination in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 93, p. 339-346, 2015. DOI: 10.2471/BLT.14.146951. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2015.v93n5/339-346/> Acesso em: 03 jun. 2021.

KARAFILLAKIS, E. *et al.* Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine*, v. 34, n. 41, p. 5013-5020, 2016. DOI: 10.1016/j.vaccine.2016.08.029. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X16307010>. Acesso em: 11 jul. 2021.

LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane database of systematic reviews*, n. 4, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD008137. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008137/full>. Acesso em 02 fev. 2022.

LUHM, Karin Regina. Cobertura vacinal e fatores associados à situação vacinal em Curitiba. 2008. 117f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-558072>. Acesso em: 17 de janeiro de 2021.

MACIEL, J. A. P. *et al.* Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1824-1824, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1824. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1824/959> Acesso em: 02 maio 2021.

MARINHO, C. da S. R.; FERREIRA, M. Â. F. Evolução das políticas públicas frente à redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11, p. e474101119584-e474101119584, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19584. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19584>. Acesso em 12 jul. 2022.

MASSARANI, Luisa; LEAL, Tatiane; WALTZ, Igor. O debate sobre vacinas em redes sociais: uma análise exploratória dos links com maior engajamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00148319. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wg8Tn5R77L5v7YKJGPNcRYk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2021.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, p. 113-124, 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v11s1/10.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

MOTA, M. A. B. Percepção do enfermeiro da ESF sobre a prática de imunização nas unidades de atenção primária à saúde. 2014. 92f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2014. Disponível em: https://ptdocz.com/doc/326981/2014_uece_-maria-aglair-braz-mota---renasf. Acesso em 12 jan. 2022.

POLAND, G. A.; SPIER, R. Fear, misinformation, and innumerates: how the Wakefield paper, the press, and advocacy groups damaged the public health. *Vaccine*, v. 28, n. 12, p. 2361-2362, 2010. DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.02.052. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X10002203?via%3Dihub>. Acesso em: 06 nov. 2021.

QUEIROZ, L. L. C. *et al.* Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 294-302, 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZvmRLSx9wSSw7f6rVTJHDfM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SARAIVA, F. O. *et al.* Vaccination coverage and compliance with three recommended schedules of 10-valent pneumococcal conjugate vaccine during the first year of its introduction in Brazil: a cross-sectional study. *PloS one*, v. 10, n. 6, p. e0128656, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0128656. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128656>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Revista de Saúde Pública*, v. 52, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052001199. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CS5YRcMc3z4Cq4QtSBDLXXG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SILVA, A. A. M. da *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/v33n2/0055.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SILVA, F. S. *et al.* Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00041717. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rffgtWkzw7n-dPSwHzVftsz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SOLAR, O.; IRWIN. A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO; 2010.

SOUZA, E. L. Efeito de um programa de transferência condicionada de renda na vacinação infantil em um município de médio porte. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-16012021-203427/en.php>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJ-ZqcWrTT34cXLjtBx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2021.

TAUIL, M. de C.. Cobertura vacinal e fatores associados à vacinação incompleta em município de médio porte, Estado de São Paulo, Brasil. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-25042017-140059/en.php>. Acesso em: 17 jan. 2021.

USMAN, H. R. *et al.* Randomized controlled trial to improve childhood immunization adherence in rural Pakistan: redesigned immunization card and maternal education. Tropical Medicine & International Health, v. 16, n. 3, p. 334-342, 2011. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2010.02698.x Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-3156.2010.02698.x> Acesso em: 02 maio 2021.

VERAS, A. A. C. A. *et al.* Prevalence, Trends and Conditions for the DTP3 Vaccine: A 25-Year Historical Perspective. Risk Management and Healthcare Policy, v. 14, p. 4301, 2021. DOI: 10.2147/RMHP.S312263. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8524252/>. Acesso em: 17 jan. 2021.

VICTORA, C. G. *et al.* A saúde das crianças dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. *Revista de saúde pública*, v. 25, p. 218-225, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wKsGL39FHHbtwNh4g4FJpNN/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 16 jan. 2021.

WHO. Global Vaccine Action. Plan 2011–2020. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/global-vaccine-action-plan>. Acesso em: 27 jun. 2021.

WILLIAMS, N. *et al.* Primary care strategies to improve childhood immunisation uptake in developed countries: systematic review. *JRSM short reports*, v. 2, n. 10, p. 1-21, 2011. DOI: 10.1258/shorts.2011.011112. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205560/> Acesso em: 02 jun. 2021.

YOKOKURA, A. V. C. P. *et al.* Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 522-534, 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000300010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/X6NmNG3gWcvGv75BhfqtdJh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2021.

CAPÍTULO 12

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CAMINHO PARA PRODUÇÃO DE ALÍVIO, APOIO E FORTALECIMENTO DA SAÚDE

Geovana Maria Santana Malheiro

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Josete Malheiro Tavares

Ana Carla Rocha Barreto

Introdução

A Saúde Mental é frequentemente divisada como um desafio que, no âmbito da Saúde Pública, os governos latino-americanos devem enfrentar, pois os sofrimentos psíquicos aumentam gradativamente, sendo que, em sua maioria, são preveníveis (WHO, 2001). A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é considerada uma prática terapêutica em Saúde Mental que reforça e/ou constrói vínculos e redes de solidariedade, resgatando a autoestima e empoderando as pessoas. Em relação ao conceito, sabe-se que o vocábulo “terapia” deriva do grego *therapeia*, que designa acolher, ser caloroso, servir e atender. O terapeuta é, portanto, aquele que cuida dos outros de maneira calorosa (Barreto, 2008; Carício, 2010; Silva *et al.*, 2020)

Por sua vez, “comunidade” é uma palavra composta por “comum” e “unidade” e expressa aquilo que as pessoas têm em comum em um dado território que as une. A Terapia Comunitária é integrativa porque une as pessoas, respeitando e valorizando suas diversidades, habilidades e competências individuais e coletivas em prol da luta contra a exclusão e fragmentação social (Barreto, 2008; Carício, 2010; Silva *et al.*, 2020).

Esse estudo procede de uma pesquisa realizada no município de Fortaleza/Ceará, no ano de 2022, com mulheres participantes do grupo de Terapia Comunitária Integrativa de uma unidade básica de saúde situada na periferia da mencionada Capital, com o objetivo de analisar a experiência da TCI no cotidiano das mulheres usuárias da atenção básica em saúde, considerando seus pressupostos. Com efeito, o estudo é um recorte da dissertação

de mestrado intitulada “A terapia comunitária integrativa como tecnologia do cuidado para mulheres usuárias da atenção básica em saúde” da primeira autora e sua orientadora.

Segundo Rouquayrol *et al.* (2018) o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos determinantes e condicionantes sociais. A saúde como direito de cidadania e dever do Estado, assegurado por meio de políticas sociais e econômicas, focada na redução de risco de doenças, agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, compõe a base constitucional que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Brasil, 1988).

Os serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) devem ser orientados para a comunidade e centrar-se na família para atender as necessidades de saúde de seus membros e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer a diversidade de grupos populacionais (Shimazaki, 2009). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua como uma grande parceira na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O uso de tecnologias em saúde na ESF é essencial, pois propicia a valorização e a singularidade do usuário, a autonomia e a autoestima, reposicionando-o como cidadão, capaz de viver em sociedade (Mielke; Olschowsky, 2011).

No Brasil, os cuidados primários em saúde estão estruturados por meio da ESF, de acordo com os preceitos do SUS, com foco na expansão da cobertura populacional, territorial e de serviços. Com isso, houve a reorientação do trabalho, com maior potencial de aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, com ampliação da resolubilidade e influência positiva na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma relação custo-efetividade. As expressões Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, são unidades de ideias equivalentes, associando-as aos princípios e às diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), priorizam a coletividade, o vínculo, as vulnerabilidades e a crescente modernização da sociedade, que produz significativas mudanças no modo de vida das pessoas. Nesse contexto, os profissionais devem utilizar intervenções em saúde embasadas

na identificação de problemas, necessidades, determinantes e condicionantes de saúde da população (Brasil, 2017).

A organização da atenção e do cuidado deve envolver as ações e os serviços numa atuação sobre a saúde e o adoecimento com visão transposta aos muros das unidades de saúde e dos sistemas de saúde, incidindo sobre modos de viver, estimulando escolhas saudáveis, de modo integral e intersectorial (Werneck; Faria; Campos, 2009).

Estudo realizado nos Estados Unidos observou que os cuidados primários em saúde assumem um papel cada vez mais relevante no atendimento ambulatorial, por meio da formação de vínculos entre os profissionais e os usuários, desempenhando uma função de relevo na assistência em saúde para a população adscrita, o que fortalece os pressupostos adotados no Brasil. (Campos; Bezerra; Jorge, 2018; Olfson, 2016).

Na Noruega, Ruud *et al.* (2016), quando compararam a satisfação de usuários com problemas psiquiátricos que recebiam cuidados da ABS e de serviços hospitalares, numa pesquisa, verificaram que há maior satisfação dos usuários que são assistidos pela atenção básica, em decorrência da utilização de tecnologias de cuidado que respeitam as subjetividades e a singularidades.

A premência da assistência em Saúde Mental cresceu excepcionalmente nos últimos anos, sendo percebido o aumento de pessoas com transtornos mentais. A depressão é uma das principais causas de incapacidades no mundo, acometendo 322 milhões em diversos países. Os transtornos mentais afetam 25% da população mundial em algum período da vida, totalizando cerca de 20% da demanda de cuidados básicos (WHO, 2017).

Em 2015, perto de 3,6% da população, em todo o mundo, sofria de transtornos de ansiedade, sendo estes mais comuns em mulheres (WHO, 2017; Pereira; Amorim; Gondim, 2020). Esses dados indicam a necessidade de focar em políticas, programas e ações de prevenção, promoção e cuidados primários em Saúde Mental, tendo a ABS como a porta de entrada e a organizadora desses serviços.

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio Contínua (PNAD, 2019) apontou o número de mulheres no Brasil superior ao de homens, confirmado pelos dados censitários mais recentes, correspondendo a 51,8% da população brasileira (IBGE, 2022).

Essa informação aponta a importância da priorização de políticas públicas para a promoção e manutenção da saúde feminina no País. Além de representar o maior grupo populacional do Brasil, as mulheres são as principais usuárias dos serviços do SUS. A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como tecnologia do cuidado para mulheres, se mostra alternativa potente, exequível e de boa aceitação sociocultural.

As mulheres frequentam os serviços de saúde para o próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros componentes familiares, idosos, pessoas com deficiências, vizinhos e amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou de outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. Em síntese, pois, exercem importante protagonismo. Embora mais assíduas nos estabelecimentos de saúde, as mulheres adoecem com maior frequência, estando os fatores etiológicos mais relacionados com os estigmas e discriminações sociais do que especificamente com causas biológicas (Diniz *et al.*, 2013).

O objetivo pretendido é estudar a TCI no cuidado às mulheres em situação de sofrimento mental na ABS. A utilização dessa tecnologia, na atenção básica, para mulheres em situação de vulnerabilidade, tem como escopo a redução de seus sofrimentos, promovendo o restabelecimento de sua saúde e, conseqüentemente, da família ao incentivar o amor, a tolerância, o respeito mútuo e a convivência com as diferenças, estimulando a não violência.

Por ser uma tecnologia leve do cuidado, de fácil aplicação, baixo custo e amplo alcance social, capaz de resgatar valores familiares de relacionamento, convivência solidária, mitigar conflitos e pelo fato de perceber o papel exercido pela mulher, o estudo sobre a utilização da TCI na atenção básica com mulheres torna-se relevante.

Os resultados da pesquisa confirmaram o potencial agregador da TCI com a comunidade, favorecendo a redução do sofrimento e adoecimento de mulheres no seu cotidiano, propondo mudanças de hábitos comportamentais, partilha de vivências, experiências e saberes em suas vidas e de seus semelhantes.

As Rodas de TCI trabalham, não só, com a sintomatologia, mas, também, com sentimentos, desejos, necessidades e o espírito de coletividade, já que as participantes partilham voluntariamente com os outros as suas dores, histórias de vida e se tornam capazes de estabelecer novos caminhos, conseguindo transformar o sofrimento em crescimento pessoal (Araújo *et al.*, 2018).

O experimento agora sob relação é perpassado pelos aportes teóricos e metodológicos da TCI, e, depois das técnicas de coleta e análise de dados, emergiu como categoria empírica, a TCI - um caminho para produção de alívio, apoio e fortalecimento da saúde.

Percursos terapêuticos, achados e discussão

Não obstante haja necessidade do atendimento em Saúde Mental pelas equipes da ESF, há uma fragilidade na formação e no preparo da maioria dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde para prestar atendimento básico às pessoas com transtornos mentais. Pesquisa sobre a percepção e a prática dos profissionais da ABS sobre Saúde Mental ratificou esse dado, ao mostrar que os profissionais não compreendiam adequadamente como ofertar e realizar acompanhamento de usuários com problemas mentais. O mesmo estudo concluiu que os transtornos mentais comuns representam uma demanda cotidiana da ESF, o que justifica priorizar ações de melhora do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico na atenção básica (Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

Ensaio qualitativo sobre as contribuições da Enfermagem no cuidado em Saúde Mental na ABS verificou que a assistência ainda é permeada por vários obstáculos, demonstrando fragilidade na formação dos profissionais e/ou desinteresse por esse tipo de atendimento, destacando a necessi-

dade de o enfermeiro se apropriar da Assistência de Enfermagem em Saúde Mental (Sousa; Costa; Jorge, 2020).

Semelhantemente, no Quênia, pesquisa transversal constatou que a maioria dos profissionais de saúde tinha baixa formação em Saúde Mental, sinalizando para uma incapacidade de identificar transtornos mentais comuns relacionados a lacunas do conhecimento desses profissionais (Marangu *et al.*, 2021).

Para Morais *et al.* (2021), o papel da Atenção Básica na Saúde Mental é o cuidado, o acompanhamento de referência de pacientes com transtornos mentais. Isso, todavia, não ocorre de maneira efetiva, sendo necessárias, portanto, modificações e atualizações na maneira como a Saúde Mental é abordada nessa ambiência. A esse respeito, Moliner e Lopes (2013) indicam desafios enfrentados pelos profissionais das UBS, quando asseveraram ser imprescindível que o enfoque da Saúde Mental não venha apenas ligado à doença mental em si, mas, principalmente, às práticas de caráter promocional e preventivo, primordiais para a efetivação do cuidado integral dos sujeitos.

Neste sentido, Eslabão *et al.* (2019) demonstraram que as ações desenvolvidas pela ESF com estes fins são: o Matriciamento, o Programa Intervenção Precoce, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), com grupos terapêuticos e a visita domiciliar. Demais disso, foi identificado o desenvolvimento de práticas focadas na doença com o privilégio de consultas ambulatoriais e o uso excessivo de psicofármacos. Destacaram, ainda, a necessidade de investimentos na formação e treinamento de profissionais de saúde, além do fortalecimento da rede extra-hospitalar que sirva de retaguarda para a saúde da família.

Na Etiópia, um ensaio clínico não randomizado sobre a eficácia de um curso de treinamento em Saúde Mental para a expansão dos cuidados primários de saúde mostrou que essa intervenção melhorou o nível de conhecimento dos profissionais em 53,19% para psicose, 42,56% para depressão, 19,25% para epilepsia e 54,22% para transtornos por uso de álcool. Tais achados corroboram a importância da educação continuada de profissionais da ESF para atuar no atendimento a pessoas com transtornos mentais (Aya-

no *et al.*, 2017), malgrado a fragilidade do atendimento evidenciado pela literatura (Eslabão *et al.*, 2019; Marangu *et al.*, 2021; Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

Não se pode eximir de assistir integralmente os usuários na ESF, sendo premente a oferta de serviços que cubram as necessidades principais das comunidades adscritas. Dentre os serviços ofertados para a Saúde Mental, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são instrumentos importantes para estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde, como TCI, Medicina antroposófica e a fitoterapia (Schveitzer; Esper; Silva, 2012).

Barreto (2008) considera a TCI um espaço comunitário onde as pessoas têm a oportunidade de relatar a sua história de vida, dores e conflitos, horizontal e circularmente. Cada pessoa se faz terapeuta de si, partilhando experiências de vida e sabedoria. Todos se tornam corresponsáveis na procura por superações e soluções dos problemas cotidianos. Ela proporciona aos participantes experimentar a ajuda do grupo que oferece suporte e apoio.

Alguns pesquisadores da TCI ampliam essas definições, sem retirar, porém, o conteúdo expresso no seu conceito original. Por exemplo, segundo Dias, Lazarte e Ferreira Filha (2013), ela é uma proposta terapêutica de intervenção focada na prevenção que ocorre em um ambiente acolhedor, onde a própria pessoa encontra a solução dos seus problemas. Nesse ambiente, discutem-se temas do cotidiano das pessoas, onde cada um fala por si e de sua experiência de vida, sempre sob o amparo de uma situação-problema que ensaja às outras pessoas que as ouvem encontrar, também, soluções para as suas dificuldades.

No tentame de aprimorar a atenção e a gestão do cuidado, a TCI procura promover para seus participantes a oportunidade de serem ouvidos e de partilharem suas inquietações de modo acolhedor e humanizado, momentos estes, frequentemente, não vivenciados no ambiente familiar, sendo, pois, um meio essencial na redução do sofrimento psíquico de usuários em situações de vulnerabilidade social e afetiva (Barreto, 2008).

Com isso, seus principais objetivos estão a seguir dispostos.

- Reforçar a dinâmica interna de cada pessoa, com o intuito de descobrir valores e potencialidades, tornando-se mais autônoma e menos dependente.
- Recobrar a autoestima, nos planos individual e coletivo.
- Redescobrir e reforçar no ser humano sua confiança, ante a capacidade de crescimento e desenvolvimento feito pessoa.
- Valorizar as funções da família e o papel da rede de relações estabelecidas em seu meio.
- Motivar em cada um, em sua família e comunidade sentimentos de união e reconhecimento de valores culturais.
- Promover o desenvolvimento comunitário, atuando na prevenção e combate às situações de desintegração das pessoas e suas famílias, mediante a restauração e o fortalecimento dos laços sociais.
- Favorecer e prestigiar instituições e práticas culturais tradicionais, detentoras do saber fazer e protetoras da identidade cultural.
- Ensejar o diálogo entre as distintas configurações dos saberes popular e científico.
- Incentivar a participação como requisito básico para estimular as relações sociais, favorecendo a conscientização e animando o grupo, pela via da comunicação e da reflexão, a tomar iniciativa e ser agente da própria transformação.

No Brasil, a TCI foi integrada à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, por meio da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Eis uma prática de intervenção em grupos sociais, que objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias; aproveita os recursos da própria comunidade, fundamentando-se no princípio de que a

comunidade e as pessoas possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias a fim de criar soluções para as dificuldades (Brasil, 2017a).

A inclusão da TCI na PNPIC abre espaço para que ela seja realizada na UBS como indispensável meio do cuidado em Saúde Mental. Assim, é importante os profissionais de saúde dominarem a metodologia para a aplicação da TCI, pois esta segue uma técnica própria, com metodologia específica em etapas processuais e progressivas, sendo elas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, encerramento e pós-roda. Cada passo privilegia ações com características e objetivos peculiares, tornando cada roda um encontro dotado de começo, meio e fim (Barreto, 2008; Silva *et al.*, 2020).

Quadro 1 – Síntese do passo a passo da aplicação da TCI (2022)

Etapa	Operacionalização
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Boas-vindas: promover um espaço caloroso, de acolhimento e vínculo; • O que é a TCI? É um espaço de partilha das nossas inquietações e conquistas; • Destacar as regras da TCI; • Celebrações: aniversários, datas importantes, conquistas, superações; • Dinâmica de aquecimento.
Escolha	<ul style="list-style-type: none"> • Por que falar na roda, do que falar e quem quer falar de suas inquietações; • Restituição das histórias contadas pelas (os) participantes; • Síntese das inquietações - Identificação: com qual inquietação(a) participante se identifica e a justificativa; • Votação da inquietação que tocou/sensibilizou as(os) participantes; • Agradecimento a todos que trouxeram suas dores.

Contextualização	<ul style="list-style-type: none"> • Início das perguntas e convite aos participantes para perguntarem para maiores esclarecimentos sobre a história mais votada; • Preparação do mote; • Agradecimento ao protagonista da inquietação escolhida.
Problematização	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento do mote: momento mais importante da roda, momento em que as pérolas surgem. É o coração da terapia comunitária integrativa; • Partilha das experiências das pessoas que desejarem responder; • Agradecimento ao grupo.
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> • Ritual de agregação: roda de balanço; • Conotação de aprendizagem: o que eu aprendi e estou levando da roda.
Apreciação (pós-roda)	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciação da roda entre terapeutas comunitários

Fonte: Adaptado de Silva *et al.* (2020); Barreto (2008); e Mendonça, Gusso e Lopes (2012)

O acolhimento refere-se à ambiência do local a fim de o tornar receptivo e agradável para que os participantes estejam à vontade, confortáveis e acomodados. O formato das acomodações é uma roda, para todos verem e escutarem quem está falando. A etapa seguinte é a escolha do tema. O terapeuta inicia perguntando sobre o motivo da comparência de cada um e quais os sofrimentos que os incomodam. Nesse momento, ele procura estimular a importância de falar, expressar sua dificuldade, sempre fazendo apelo aos provérbios culturais. O intuito é suscitar uma inquietação que seja compartilhada e discutida em grupo (Barreto, 2008; Silva, 2016, Silva *et al.*, 2020;).

Na terceira etapa, ocorre a contextualização, quando as pessoas fazem perguntas ao grupo para compreender melhor a inquietação escolhida. Essa ocasião é importante, uma vez que, ao responder às indagações dos outros participantes, a pessoa é estimulada à reflexão sobre sua história e todos do grupo que viveram esta mesma experiência conversam, também, consigo, sobre suas angústias e ansiedades (Barreto, 2008; Silva, 2016).

No passo da problematização, o grupo compartilha as vivências ou enfrentamento de situações parecidas com aquela escolhida nas etapas anteriores. É nesta ocasião que o terapeuta faz questionamentos: quem é que já viveu uma situação parecida e como fez para resolvê-la? Quem já viveu algo parecido e o que fez para superar? Essa troca de experiências possibilita a identificação dos recursos locais desconhecidos e vai se formando uma rede de apoio social local (Silva, 2016; Silva *et al.*, 2020;).

Acontece na sequência o encerramento, ocasião em que o terapeuta agradece pelo comparecimento e coragem dos participantes. Ele tem a oportunidade de fazer uma dinâmica por meio da qual as pessoas expressem afetividade, segurança, amizade, acolhimento e compreensão. Finalizada a roda da TCI, os terapeutas se reúnem para fazer uma apreciação do momento, elencando os possíveis resultados alcançados e as possibilidades de melhora (Barreto, 2008; Silva *et al.*, 2020).

Como é notório, a TCI é uma tecnologia do cuidado em Saúde Mental complexa, que nasceu em meio a movimentos sociais, em uma comunidade carente da Capital cearense, foi incorporada às PNPIC em 2006, porém, ainda precisa de maior expansão na rede básica de saúde, o que ajudará a fortalecer a assistência preventiva e de promoção à Saúde Mental das comunidades atendidas pela ESF.

Ao avaliar a eficácia da TCI como tecnologia do cuidado, Alves (2017) observou que a TCI representou para as mulheres uma possibilidade de descobrir um jeito novo de ver a vida, despertando a necessidade de mudança, com amparo na autorreflexão e no desenvolvimento das competências pessoais, como autonomia, emancipação, empoderamento e resgate da autoestima. A autora concluiu que a Terapia Comunitária é uma tecnologia do cuidado potente, habilitada a ampliar a óptica das participantes, motivando-as a sair da estagnação em que suas vidas se encontravam, adotando novas posições e jeitos de conduzir a vida, encorajando-as à reflexão e à cata de respostas para suas necessidades subjetivas, provocando mudanças importantes.

Destarte, nota-se que a literatura científica aponta, frequentemente, a TCI como uma prática relevante propícia a fazer parte da rotina de aten-

dimentos ofertados pela ABS (Alves, 2017; Braga *et al.*, 2013; Eslabão *et al.*, 2019). Sua aplicação pela ESF é capaz de beneficiar as usuárias dos serviços, contribuindo, principalmente, para a Saúde Mental, autoestima, autonomia e empoderamento.

Esta pesquisa – fácil é notar – representa um exame com abordagem qualitativa e exploratória, que possibilita maior familiaridade entre os pesquisadores e o objeto pesquisado. O método utilizado incluiu a seleção intencional dos participantes para integrarem as rodas de conversa da TCI de uma UBS, predominando a lógica dos seus agentes, no âmbito do seu contexto, e não apenas as suas falas, em uma narrativa teorizada, clara e concisa, respeitando as diversidades de cada um, em um ambiente favorável à discussão, que propicia aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (Minayo, 2014).

A pesquisa foi desenvolvida em um local disponibilizado pela UBS Galba de Araújo, pertencente à Coordenadoria Regional VI (CORES VI) da Prefeitura Municipal de Fortaleza, no bairro Lagoa Redonda, realizado num intervalo de oito meses, cuja recolha de dados sucedeu de maio a setembro de 2022. As rodas de TCI aconteceram na Associação Comunitária do Bairro Lagoa Redonda, localizada ao lado da própria unidade de saúde. Diversos foram os temas abordados, como: ansiedade, depressão, dependência química, conflitos familiares, rejeição, abandono, desemprego, dentre outros. A participação em cada encontro variou de dez a 20 pessoas e, em sua maioria, foi de mulheres na faixa etária de 35 a 70 anos.

O estudo teve a participação de mulheres que integravam a TCI da UBS Galba de Araújo em 2022. Foram incluídas as que tinham participado de oito sessões de TCI. Foram excluídas aquelas que, no momento da pesquisa, não ofereceram condições emocionais para participar do estudo.

A seleção das mulheres constou das seguintes etapas: acolhimento da clientela e mobilização para adesão ao estudo; explicação sobre a pesquisa e seus desdobramentos quanto aos riscos e benefícios e a garantia de sigilo sobre os resultados individuais.

Como instrumento de coleta de dados, realizaram-se, com as mulheres, oficinas distribuídas em dois encontros, sendo a segunda como um desmembramento da primeira, para conhecer o problema pesquisado e analisar a experiência da TCI. Consoante expressa M.C.S. Minayo (2014), essa técnica de pesquisa qualitativa oferece um espaço de negociação de sentidos, com potencial crítico de produção coletiva destes, com procedência no que se está investigando. As oficinas concedem vez à sensibilização dos participantes para a temática trabalhada, possibilitando a negociação de sentidos variados, abrindo espaços para controvérsias e potencializando mudanças.

Concordando com Souza (2011), as oficinas se transformaram intuitivamente em ambiências onde acontecem interações pessoais e mudanças nos modos de ver e sentir a realidade, refletindo nesse espaço, um lugar de vida pulsante. Ressalta-se que as oficinas foram registradas em áudios, vídeos e fotografias, com anuência das participantes, para uso na análise dos dados, bem como para o relato de vivências e experimentação prática dos pressupostos da TCI, na qualidade de tecnologia do cuidado, aplicada à promoção da saúde de usuárias da UBS, num território periférico de uma grande cidade do Nordeste brasileiro, conforme se constitui Fortaleza-CE.

A primeira oficina aconteceu no dia 07 de maio de 2022, na Associação Comunitária da Lagoa Redonda, que funciona – não é ocioso informar de novo - ao lado da UBS Galba de Araújo. De início, uma das autoras-pesquisadora se identificou como condutora da oficina, bem como das colegas terapeutas que iriam colaborar no processo. Em seguida, foi solicitado que as participantes se apresentassem.

Dando continuidade, foi feita breve explanação da pesquisa, mostrando o título, objetivos e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), seguido da coleta de assinatura das participantes. A acolhida durou cerca de 15 minutos, com técnicas de respiração e relaxamento, para que as mulheres se sentissem mais à vontade e tranquilas para que vivenciassem ao máximo o encontro.

Em ato seguinte, foi lançada a pergunta para reflexão: Como a Terapia Comunitária tem sido compreendida por você no seu processo de cui-

dado? Logo após, foi pedido às mulheres que respondessem em formato de desenho, palavras ou pinturas em tecido próprio, em um tamanho correspondente a uma folha de ofício A4. Esse momento teve uma duração média de 20 a 25 minutos.

Ao final dessa etapa, realizou-se a partilha, convidando as participantes a falarem voluntariamente sobre: *“você pode explicar melhor sua arte? Alguém quer comentar melhor a arte da outra? Alguém já se viu na fala de alguém?”* Para o encerramento da oficina, foi indagado se alguém ainda queria falar. Fez-se um círculo, onde todas as mulheres participantes novamente se expressaram e como forma de agradecimento, finalizando com a música “Vou balançando mais não vou cair”, usada frequentemente ao término de cada roda de TCI.

Durante o intervalo das oficinas, foi pedido às mulheres que no dia combinado para a segunda oficina, acontecida em 05 de setembro de 2022, elas levassem de casa algum objeto que traduzisse o que a TCI representava para elas e suas famílias. Assim foi feito. Como na acolhida, realizou-se com as oito mulheres uma técnica de relaxamento e exercícios de respiração.

Em seguida, elas foram convidadas a falar sobre quais os objetos trazidos e o porquê de suas escolhas. Foi um momento regado com fortes emoções; durante as falas, choros e gargalhadas, expressando um misto de sentimentos. Em seguida, foram apresentadas duas músicas: “É preciso saber viver”, sendo pedido para elas completarem a frase: “De que forma precisamos saber viver?” E “Vou balançando, mas não vou cair”. Foi solicitado às participantes que falassem sobre o que acontecia em suas vidas que “balança, mas não cai ou não caiu”, em razão de suas participações nas rodas da TCI.

Como resultados, as mulheres relataram que é preciso saber viver com fé, coragem, paciência, resistência, força e superação de limites, e que, nos altos e baixos e idas e vindas do balanço da vida, encontram pessoas na TCI para segurar a mão e dar o equilíbrio de que precisam para que não caíam. No encerramento, houve a partilha em roda de vivência, na qual cada uma se manifestou voluntariamente sobre o que achou daquele momento. As expressões realizadas por meio de falas traziam a ideia de superação,

apoio, acolhimento e felicidade pelos momentos compartilhados (Malheiro, 2023).

A análise dos dados foi baseada na mostra dos conteúdos manifestados nas oficinas e nas gravações das participantes. As falas expressas, durante a terapia, foram utilizadas na sondagem, propiciando maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito (Gerhardt; Silveira, 2009).

A técnica da Análise de Conteúdo guiou a organização dos dados em categorias discutidas com base em autores indicados na revisão de literatura realizada, possibilitando a reflexão e problematização dos achados que surgiram dos relatos das participantes do estudo. Com suporte nessa técnica, realizaram-se a categorização e a contagem de frequência de conteúdos que apareceram na comunicação (Bastos, 2005). A Análise de Conteúdo, segundo Minayo (2014), é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, com vistas a obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que conduzam à inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção.

Impende evidenciar que a análise temático-estrutural reúne a análise temática e estrutural. Enquanto tenciona descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação por meio da identificação de sua presença ou frequência, aquela se dirige ao sistema de relações, às regras de encaideamento e de associação, possibilitando conhecer as interações que estruturam os signos e significações das mensagens (Minayo, 2014). Em vista disso, a análise dos dados desta pesquisa compreendeu as seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) categorização empírica e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretações.

Todas as informações coletadas acerca do estudo permanecem em sigilo, assegurando proteção de todas as imagens das mulheres, respeitando a privacidade, seus valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. O trabalho obedeceu à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetido à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), sendo aprovado sob o Parecer nº 5.321.249 (Brasil, 2012).

Com substrato dos discursos das 13 participantes, nomeadas de M1 a M13, ao se fazer a contagem dos conteúdos mais presentes, foram identificadas quatro categorias empíricas, com discursos que remeteram à TCI como produtora de felicidade, gerando saúde e bem-estar; a TCI como um caminho para produção de alívio, apoio e fortalecimento da saúde; a TCI revelada no formato de amor, partilha, fé, gratidão e paz; bem como os limites e potencialidades que surgem com a vivência da TCI.

É importante notar que as participantes expressaram sentimentos alusivos ao pertencimento e bem-estar em relação à terapia, o que ressalta seus efeitos como tecnologia para o cuidado de mulheres usuárias da ABS. Esses resultados também destacam o papel da TCI na escuta, no compartilhamento de inquietações, no acolhimento e na humanização, suscitados nas rodas da terapia, reafirmando-a como instrumento de relevo na produção de sentimentos revigorantes (Barreto, 2008).

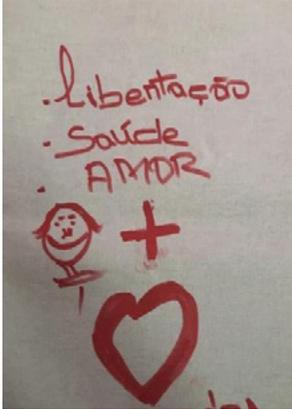
A TCI, como uma PICS, traz para os usuários da Atenção Básica de Saúde sentimentos de conforto, ajuda e fortalecimento. Nesse contexto, uma pesquisa sobre as contribuições das PICS para o papel das enfermeiras da ESF concluiu que o uso dessas práticas traz inúmeras contribuições para as ações desenvolvidas na ABS, fortalecendo a atenção clínica e o vínculo, bem como melhorando a autonomia de seus sujeitos (Marinho *et al.*, 2020).

Na fala da participante M1, especificada a seguir, depreende-se que a TCI foi uma fonte de fortalecimento para a usuária, que passava por problemas familiares e de saúde, como depressão e o alcoolismo do companheiro. Em destaque, a participante relata que, embora os problemas permaneçam, não se sente mais atingida por eles, o que reforça os benefícios da TCI no fortalecimento da saúde e na libertação de quem usa essa prática integrativa. Tanto os relatos quanto os desenhos reiteram essa ideia (figura 1).

O que me trouxe aqui foi o alcoolismo do meu companheiro. Eu sofria muito, vivia com depressão, sabe assim graças a Deus hoje eu me sinto assim curada... ele bebe ainda, mas não chega a me atingir mais eu não fico mais do jeito que eu ficava,

com depressão né, eu fiquei fortalecida né, eu encontrei o fortalecimento aqui, eu aqui encontrei muito apoio das pessoas assim né, as pessoas são compreensivas e amigas, eu me senti abraçada por todo mundo, é tanto que assim, eu preciso voltar porque eu não quero ter recaídas [M1].

Figura 1 – Desenho da participante M1



Fonte: dados da pesquisa

O relato de fortalecimento também apareceu na fala da participante M13. Segundo ela, o grupo da terapia a faz se sentir fortalecida a cada semana, ajudando-a superar as adversidades da vida. Chama atenção o fato de que a participante reconhece a impossibilidade de se livrar completamente dos problemas, porém afirma que as pessoas não estão presas a eles. Isso leva a inferir-se que a TCI é um espaço para encontrar a solução para os problemas, coincidindo com o que Mourão *et al.* (2016) referem em sua pesquisa a respeito da terapia comunitária.

A gente se fortalece a cada semana e também já passei por muitos sufocos na minha vida e tive fortalecida também nesse mesmo grupo, eu já fazia parte do grupo, quando eu tive um problema sério, todos sabem foi um acidente, antes disso eu já tinha me curado de um problema familiar com a minha filha, que todos sabem que estão no grupo há mais tempo, também já conhece, então é isso, a gente não tá livre dos problemas, mas a gente também não está preso a eles, então a cada dia a

gente vai trabalhando e a gente tem a frase aqui na terapia que diz quando a boca fala os órgãos saram né, então é isso, então tô balançando mas não vou cair [M13].

Os achados nos relatos das participantes encontram coerência com a revisão integrativa da literatura sobre como o uso da TCI traz resultados positivos sobre a ansiedade e a depressão, sendo então considerada uma importante ferramenta de cuidado em Saúde Mental a ser utilizada por enfermeiros, com vistas a ampliar o cuidado às pessoas em situação de dependência química, contribuindo, ainda, para adesão ao tratamento (Maia; Dodela; Maia, 2022). Apesar da referência a um grupo específico, é possível afirmar que a TCI é habilitada a contribuir para a terapêutica de pacientes com depressão em outros contextos do processo de saúde-doença, inclusive de mulheres usuárias da ABS.

Além do fortalecimento da saúde, o alívio e o apoio apareceram nas falas das participantes. Nota-se que esses sentimentos e emoções estiveram relacionados ao acolhimento, à mutualidade e à reciprocidade de carinho e afeto, associados à ideia de fraternidade e de pertencimento ao grupo, como se fosse uma extensão da família, uma irmandade.

Aqui eu me sinto bem, me sinto apoiada [M2].

Eu sou acompanhada por psicóloga e sinceramente eu estou pensando em deixar a psicóloga e continuar aqui [M2].

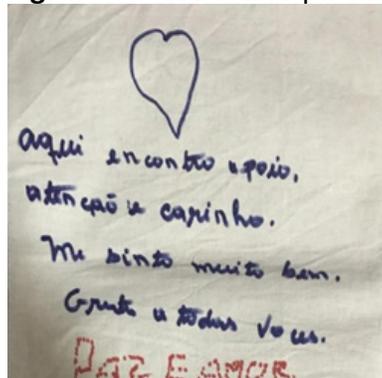
O apoio, a acolhida é que me faz voltar cada vez mais para a terapia. O acolhimento, aquele abraço, aquele olhar carinhoso. Enfim é várias coisas que me faz voltar a terapia e não deixar cair...aqui eu encontrei força, encontrei confiança [M3].

Todos os meus problemas quando eu venho pra cá eu deixo aqui, graças a Deus que eu tenho esse apoio né, eu agradeço a Deus todo dia pela vida de vocês [M12].

É possível notar, com apoio nos relatos das mulheres, um ambiente de amorosidade, acolhimento e solidariedade. Presume-se que seja essa at-

atmosfera de apoio que produz a sensação de alívio dos problemas vivenciados no dia a dia das mulheres. A TCI funciona, pela fala das participantes, como um local onde deixam suas angústias e aflições, obtendo forças para enfrentar os problemas. O desenho da participante M2 (figura 2) expressa, por meio do coração, o sentimento de carinho e afeto.

Figura 2 – Desenho da participante M2



Fonte: Dados da pesquisa

A concepção de amorosidade, na perspectiva de Paulo Freire, reflete a ética da religação e da solidariedade infinita. É uma expressão de doar-se para o próximo, ouvi-lo, senti-lo em toda existencialidade, como pessoa, gente, semelhante que ama, odeia, despreza, sofre, crê, duvida, se dilacera, se rebela e se acomoda (Amorim; Calloni, 2017).

Ademais, de acordo com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo, com base apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas (Brasil, 2013).

Citando Freire (1996), a prática educativa deve pelear pela autonomia dos sujeitos, dando condições para manter a própria saúde com base em seus saberes populares, ao que Dantas (2012), corroborando, expressa que se há de pensar a Saúde Coletiva na perspectiva da produção de um processo emancipatório dos sujeitos sociais, para dar conta da complexa

realidade dos serviços públicos de saúde e do diálogo que devem estabelecer com os movimentos sociais. A articulação entre saúde e doença seria, então, um processo de conquistas sociais amplas, que incorpora aspectos da subjetividade, considerando as singularidades das culturas.

As novas modalidades e saberes da Saúde Coletiva, no que tange à prática da TCI, surgem como instrumento complementar do cuidado em saúde (Luz,2007). Nessa contextura, os saberes populares são constituídos das experiências empíricas e cotidianas de vida e do trabalho das pessoas (Valla, 2014). O saber espiritual e a espiritualidade, também, são formatos de conhecimento que se expressam nas ações de educação popular desenvolvidos no âmbito da ABS (Vasconcelos, 2009).

Em seu estudo sobre a TCI como estratégia para o empoderamento de usuários do CAPS em processo de alta, Silva (2016) compreende que a terapia comunitária é uma prática emancipatória e uma ferramenta potente de cuidado. Sua realização contribui para restabelecimento de vínculos perdidos e cria redes de solidariedade, de modo a levar seus participantes ao empoderamento, por meio da conseqüente retomada do protagonismo de suas vidas.

No relato das mulheres, também, se observa uma integração de sentimento de alívio, apoio e inclusão. Elas referem cuidado mútuo, expressam a importância da roda de TCI e o reconhecimento dos problemas na fala da outra, o que exprime a sensação de apoio e inclusão, conforme expresso nos relatos a seguir:

Quando ela chega aqui, fala da família que cuida um do outro, porque simbolicamente aqui todo mundo cuida um do outro [M3].

A terapia na minha vida é tudo de maravilhoso da minha família, amigos e inimigos [M4].

A vida hoje já é uma maravilha, eu convivo com todo mundo aqui, pra mim são mais do que irmãos...eu sempre estou na terapia por causa desse povo aqui [M9].

A gente pretende que a terapia seja na vida de cada um, quan-

do você não vê luz lá fora, que um do seu lado ou o outro seja sua luz, o seu guia, porque às vezes a gente tá passando por um problema e não tem coragem de falar, mas na hora que a gente ouve a pessoa que tá falando do lado, aquilo já desperta algo na gente [M13].

Ao expressarem suas percepções acerca da TCI e os momentos de afeto que ela lhes proporciona, as mulheres usuárias da ABS a reconhecem como prática importante em suas vidas, exteriorizam o complemento ao processo de cuidado realizado na atenção básica. Elas deixam em evidência as experiências emocionais e afetivas que emergem nas rodas de terapia comunitária.

A esse respeito, uma pesquisa com mulheres vivenciando o climatério mostrou que a terapia comunitária representa uma possibilidade de descobrir um jeito de ver a vida, despertando a autonomia, emancipação, empoderamento e resgate da autoestima. O estudo mencionado conclui ser a TCI uma tecnologia do cuidado potente, provocador de mudanças importantes na vida das mulheres que a experienciam (Dias, 2017).

As percepções reportadas pelas participantes do estudo encontram paralelo nos achados de Alves (2017), quando afirma ser a TCI um potente recurso terapêutico para a prevenção em Saúde Mental e alívio do sofrimento daqueles que procuram o bem-estar físico e emocional, rompendo com o modelo biologista, com enfoque na doença e na intervenção curativa. É importante ressaltar que as sensações de bem-estar relatadas pelas participantes vieram do sentimento de felicidade proporcionado pela TCI, contribuindo para o fortalecimento da saúde das usuárias.

A visão empírica das participantes do estudo se ancora na direção do que Mourão *et al.* (2016) apontam sobre a TCI como novo recurso da prática do cuidado, favorecendo os sentimentos de alívio e alegria. O apoio, a troca de experiências e o encontro de respostas para a solução dos problemas são características que marcam as reuniões de terapia comunitária. Os pesquisadores concluíram que os participantes da TCI melhoram sua autoestima, adquirem maior segurança na tomada de decisões e fortalecem seus vínculos familiares e de amizade, bem como os liames espirituais.

Considerações Finais

Os resultados obtidos no estudo corroboram os achados de outros ensaios, categorizando a TCI como uma rede de apoio na qual a mulher encontra outras pessoas com problemas semelhantes, suscitando a ideia de pertencimento. Tais pessoas compartilham tanto os conflitos quanto as maneiras de combatê-los. Isso, de certo modo, as empodera e norteia a solução de seus problemas sociofamiliares.

De igual importância foi encontrar profissionais formados em TCI atuando na ambiência da UBS onde se fez o estudo, revelando ser praxis replicável em outros ambientes da atenção primária à saúde, desde que haja decisão política e compreensão/adesão das equipes gestoras e assistenciais.

Conclui-se que a TCI exerce papel crucial para as usuárias da ABS, sendo uma PICS que deve ser incentivada e replicada em outras UBS no Brasil, a fim de beneficiar mais mulheres e outros grupos.

Sugere-se a realização de mais pesquisas sobre os efeitos e experiências da TCI, incluindo outros grupos de usuários da atenção básica. Impremissível especial destaque para o emprego da expressividade das participantes por meio de desenhos, demonstrando ser uma técnica relevante e de fácil manuseio, uma vez que possibilita a externalização de sentimentos, unindo a verbalização com a linguagem não verbal, como uma prática implementada em novas pesquisas sobre a matéria.

Sendo um tema relativamente novo na ambiência da literatura acadêmica, espera-se que este capítulo suscite e estimule mais estudos, novas pesquisas, em outros formatos. Neste lance, sugere-se aos terapeutas comunitários em atuação na Saúde Pública que escrevam e publiquem seus relatos, e os sustentem em eventos científicos e populares, de modo a difundir mais amplamente esta opção terapêutica gestada nas entranhas do SUS, no Brasil.

Referências

ALVES, Estela Rodrigues Paiva. Terapia comunitária integrativa e mulheres vivenciando o climatério: uma pesquisa ação-intervenção. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/12323?locale=pt_BR. Acesso em: 11 ago. 2023.

AMORIM, F. V.; CALLONI, H. Sobre o conceito de amorosidade em Paulo Freire. *Conjectura filosofia e educação*, Caxias do Sul, v. 22, n. 2, p. 380-392, maio/ago. 2017.

ARAÚJO, M. *et al.* A terapia comunitária: criando redes solidárias em um centro de saúde da família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, v. 19, a. 9, p. 71-76, 2018.

AYANO, G. *et al.* Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). *International Journal of Mental Health Systems*, v. 11, n. 1, p. 63, dez. 2017.

BARRETO, Adalberto de Paula. *Terapia comunitária passo a passo*. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BASTOS, Juliana Curzi. Efetivação de escolhas profissionais de jovens oriundos do ensino público: um olhar sobre suas trajetórias. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, Campinas, v. 6, n. 2, p. 31-43, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902005000200004. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRAGA, Lucineide Alves Vieira *et al.* Community therapy and resilience: history of women. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3453-3471, 2013. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2874>. Acesso em: 11 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde: Brasília, 2012.

CAMPOS, Daniela Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2101-2108, 2018.

CARÍCIO, Márcia Rique. Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/dissertacaomarciarique>. Acesso em: 11 ago. 2023.

DIAS, Maria Djair; LAZARTE, Rolando; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira. **Terapia comunitária integrativa**: uma construção coletiva do conhecimento. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.

DINIZ, Aline Santos *et al.* Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer do colo do útero. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 16, n. 3, p. 333-337, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15222>. Acesso em: 11 ago. 2023.

ESLABÃO, Adriane Domingues *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. *Journal of Nursing and Health, Pelotas*, v. 9, n. 1, p. e199101, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/11106>. Acesso em: 11 ago. 2023.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 74. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (orgs.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/52806/000728684.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades e Estados - Fortaleza (CE)*. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/fortaleza.html>. Acesso em: 16 out. 2022.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Síntese de Indicadores 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LAZARTE, R. *Sociología y terapia comunitaria integrativa*. *Revista Uruguaya de Enfermería*, Montevideo, v. 7, n. 1, p. 67-76, 2012.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MAIA, J. D. M.; DOLABELA, M. F.; MAIA, M. P. Contribuições de terapias complementares e outras estratégias para o tratamento de depressão: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 10, p. e361111032804, 2022.

MALHEIRO, Geovana Maria Santana. A terapia comunitária integrativa como tecnologia do cuidado para mulheres usuárias da atenção básica em saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, p. 88, 2023. Disponível em: <http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=110075>. Acesso em: 11 ago. 2023.

MARANGU, E. *et al.* Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: a cross-sectional survey. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 15, n. 1, p. 55, dez. 2021.

MARINHO, M. N. A. S. B.; *et al.* Prácticas integradoras y complementarias: contribuciones al papel de las enfermeras en la estrategia de salud familiar. *Enfermería Comunitaria*, Granada, v. 16, p. e12767, 2020.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 762-768, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Wcw7dvnNgJ4kJqhmFzMp85d/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072–1083, 2013.

MORAIS, L. G. A.; *et al.* Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, São José dos Pinhais, v. 4, n. 3, p. 10475-10489, 2021.

MOURÃO, Luana Feitosa *et al.* Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. *SANARE: Revista de Políticas Públicas*, Sobral, v. 15, n. 2, p.129-135, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1047>. Acesso em: 11 ago. 2023.

OLFSON, Mark. The Rise of Primary Care Physicians in the Provision of US Mental Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Durham, v. 41, n. 4, p. 559–583, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1215/03616878-3620821>. Acesso em: 11 ago. 2023.

PEREIRA, Rafaela Miranda Porto; AMORIM, Fábio Ferreira; GONDIM, Maria de Fátima de Novais. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, supl. 1, p. e190664, 2020.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; Marcelo Gurgel Carlos da Silva. **Epidemiologia e saúde**. 8. ed. MedBook, 2018.

RUUD, Torleif *et al.* Erratum to: Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort. **International Journal of Mental Health Systems**, Londres, v. 10, p. 40, 2016. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-016-0072-8>. Acesso em: 11 ago. 2023.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2012.

SHIMAZAKI, Maria Emi. A atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009.

SILVA, P. M. C. A terapia comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta. 2016. 276f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo; TORRES, Juliana Lustosa; PEIXOTO, Sérgio Viana. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 783-792, 2020.

SOUZA, Angela Maria Alves. Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.

VALLA, V. V. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 29, p. 323-333, 2009.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental 72 disorders: global health estimates. Genebra: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Relatório sobre a saúde no mundo. Genebra: WHO, 2001. Disponível no link: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid=23131E093C-546F278C01B7B989A0BADDC?sequence=4. Acesso em: 11 ago. 2023.

Capítulo 13

Possibilidades e Desafios para a Práxis do Acolhimento na Atenção Básica em Saúde: Percepção dos Gestores e Trabalhadores da Saúde

*Jardênia Pinheiro da Silva Nobre
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Alice Maria Correia Pequeno*

Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu da necessidade de qualificar a saúde e melhorar o trabalho dos administradores e profissionais de saúde, reconhecendo a particularidade e a capacidade formadora de as pessoas envolvidas na assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) (Valadão; Lins; Carvalho, 2019).

A elaboração da PNH foi motivada pela necessidade de expandir a humanização em transposição ao ambiente hospitalar, e por isso, foi definida como prioridade, de modo a inseri-la na Atenção Primária à Saúde (APS), já que é a principal via de acesso ao sistema. Para isso, é crucial o envolvimento de profissionais - como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), gestores e outros - na efetivação dessa política (Brasil, 2010).

Essa política dispõe dessas diretrizes, as quais a norteiam: a clínica ampliada, a cogestão, a ambiência, a valorização do trabalho e do trabalhador, bem como o acolhimento, que defende os direitos do usuário, com o incentivo do conhecimento destes e a garantia de que sejam cumpridas em todas as fases do cuidado (Brasil, 2010). Pastana *et al.* (2019) apontaram que a humanização se tornou prioridade para a garantia da qualidade dos serviços de saúde prestados à população, que tem como objetivo promover a humanização do atendimento em saúde e a valorização do usuário como sujeito de direitos e de cuidados.

A PNH conduz o acolhimento como estratégia de interseção dentro dos processos de trabalho. Desse modo, se recorre ao acolhimento como elemento inicial do trabalho em saúde, com foco em tecnologias leves (Merhy *et al.*, 2004). O acolhimento se refere à relação, aos momentos de encontro no cuidado em saúde, influenciando os trabalhadores no relacionamento entre eles e no seu encontro com os usuários (Coelho; Jorge, 2009).

Aguiar *et al.* (2018) evidenciaram que o acolhimento ultrapassa as características do atendimento tradicional e passa a ser compreendido, em sua totalidade e essência, como uma atitude dependente exclusivamente da organização do sistema e dedicação dos profissionais. Para tornar os trabalhadores aptos ao acolhimento em sua subjetividade, se faz necessária a humanização do SUS, de modo a aperfeiçoá-la e a alcançá-la nas práticas de saúde, em seus diversos níveis de atenção.

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento dos trabalhadores de saúde, foi instituída, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que se configura como um marco para a formação e trabalho da saúde no País, em que os aspectos políticos e pedagógicos tomam como objeto os problemas e as necessidades advindas do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais no cotidiano do trabalho (Brasil, 2007; Brasil, 2009).

Com a mesma finalidade de promover transformações nas práticas laborais, a PNH e a PNEPS protagonizam o aprimoramento dos gestores e trabalhadores para atender melhor ao usuário. Com efeito, entende-se que essas políticas se complementam e dispõem de meios e dispositivos direcionados para a operacionalização das práticas humanizadas de saúde (Vasconcelos *et al.*, 2016).

A transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho precisam ser norteadas com a problematização do fluxo desses processos, de modo a abranger as reais necessidades de saúde da população (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Nessa contextura, impende necessária a ampliação de espaços para discussões e reflexões acerca das diretrizes da PNH, com objetivo do desenvolvimento de iniciativas para a implementação sólida das práticas acolhedoras nos serviços de saúde, seja na esfera estadual ou

municipal, concretizando-se, assim, os princípios basilares preconizados por essa política (Brasil, 2018).

O estudo agora sob relato teve como objetivo compreender a práxis do acolhimento na Estratégia da Saúde da Família (ESF) na percepção dos trabalhadores e gestores de saúde do Município de Ibicuitinga-Ceará.

Metodologia

Esta conforma uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, produto da dissertação **A Práxis do Acolhimento na Estratégia Saúde da Família**, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (Nobre, 2023).

O ambiente do ensaio foi o município de Ibicuitinga-Ceará, pertencente à Região de Saúde do Sertão Central e à 8ª Área Descentralizada de Saúde (ADS). A coleta de dados ocorreu de julho a setembro de 2022.

Participaram desta pesquisa os trabalhadores de saúde vinculados ao desenvolvimento de suas atividades junto à ESF: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares em enfermagem, cirurgião-dentista, técnicos/auxiliares em saúde bucal (ASB), agente administrativo, auxiliar de serviço geral e recepcionista. Foram partícipes, também, três gestores de saúde municipal (coordenador da atenção básica, coordenadora de saúde bucal e coordenadora do serviço de fisioterapia), e os profissionais que compunham a equipe multiprofissional: nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo, totalizando 17 entrevistados.

Para coleta de dados, recorreu-se às entrevistas abertas e grupais com a estratégia das rodas de conversas. As entrevistas com os gestores seguiram um roteiro com perguntas sobre a implantação da PNH no Município, o acolhimento dos usuários na ESF, desafios e possibilidades para melhorar esse acolhimento e estratégias para fortalecer a PNH na ESF.

As entrevistas grupais por meio de roda de conversa, com base em MOURA E LIMA (2014), envolveram trabalhadores da ESF e da equipe NASF-AB, e seguiram um roteiro sobre o tema **acolhimento** no contexto da ESF,

com perguntas referentes a PNH, acolhimento no cotidiano, desafios e possibilidades, de acordo com a percepção dos trabalhadores acerca dessa diretriz para a produção do cuidado.

Foram realizados dois encontros para a realização da roda de conversa com os trabalhadores da saúde. No primeiro, foi oferecida a temática **O acolhimento norteado à luz da PNH**, abordando o objetivo da política e seus princípios e diretrizes. Na sequência, foi solicitado a cada participante que falassem as primeiras palavras ou frases que vieram à sua mente ao ler esses títulos: “Política Nacional de Humanização” e “Acolhimento nos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.” Em seguida, estes foram orientados em como iniciar a roda de conversa (direita-esquerda ou esquerda-direita), deixando fluir o movimento desta.

O segundo encontro foi realizado com os dois grupos para desenvolver o fechamento de ideias. Esse se configurou como espaço de reflexão e análise acerca dos debates na roda anterior: o acolhimento no processo de trabalho; das experiências vivenciadas para aprimorar o acolhimento; e dos desafios e possibilidades identificadas pelo coletivo. Foi mostrado um painel, com frases e palavras-chave formuladas pelos trabalhadores participantes e solicitada a reflexão dos apontamentos coletivos e a formulação de possíveis soluções. Posteriormente, veio a pergunta primordial: - *Quais estratégias para o aprimoramento do acolhimento em rede à luz da PNH?*

Para a análise das informações, recorreu-se à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), dando ensejo a que as opiniões ou expressões individuais que apontam sentidos semelhantes sejam agrupadas em categorias semânticas gerais (Lefevre; Lefevre, 2003).

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o Parecer Consubstanciado N° 5.527.377, de 14 de julho de 2022.

Resultados e discussão

Os DSC dos gestores e trabalhadores da saúde representam as percepções, significados, conhecimentos sobre a política de humanização e a

diretriz do acolhimento, bem como os desafios e possibilidades para consolidar essa diretriz na produção do cuidado na ESF do Município, com apoio em três ideias centrais, expressas à continuação.

Ideia Central 1: Percepções sobre a PNH e o processo de acolhimento

Em se cuidando de noções da implementação e sobre o que versa a PNH, é suscetível de se inferir que os gestores e os trabalhadores entrevistados possuíam uma compreensão genérica a respeito dessa política pública.

O DSC A revela conhecimento superficial da gestão acerca da política, assim como de alguns trabalhadores (DSC B). Em contrapartida, o DSC C evidencia o desconhecimento total da PNH. Essa controvérsia é passível de estar embasada na ausência de experiências prévias nos serviços públicos de saúde. Também, a integridade dos discursos mostra que a gestão não possui a mesma profundidade de conhecimento que os trabalhadores detêm (DSC A x DSC B).

[...] precisam ser atendidos conforme suas necessidades (Trabalhadores).

DSC A: Eu não tenho noção de como ocorreu essa implantação; se realmente ocorreu em espécie de treinamento... A noção de como foi implantado esse acolhimento aqui, hoje eu não tenho ciência. Em 2003 foi quando a política de humanização foi criada, mas sobre a implantação eu não sei ao certo. Agora, a criação de uma organização, acredito que não teve. Acredito que os profissionais que criam seus próprios critérios de acolhimento (Gestores).

DSC B: É uma política abrangente que na prática serve para direcionar, orientar, frisando e ressaltando a importância do acolhimento a todos os usuários no sistema de saúde, mais especificamente, na atenção primária.

Considerando que a Atenção Básica (AB) é considerada porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, são de funda-

mental relevância o preparo e a qualificação das equipes perante as distintas demandas (Bastos *et al.*, 2022).

Ao serem questionados sobre como foi implementada a PNH, tanto os gestores quanto os trabalhadores evidenciaram a percepção sobre a PNH como uma “política abrangente de acolhimento” (DSC B). Em compensação, ainda no âmbito dos trabalhadores, malgrado expressarem a ideia de “acolhimento”, o DSC C demonstra claramente o desconhecimento da política.

DSC C: Na verdade nunca ouvi falar sobre essa PNH, então eu não posso te dar uma resposta porque, na verdade, eu não sei do que se trata a pergunta. Eu trabalho no posto, diretamente com o acolhimento, mas eu não tive uma preparação para trabalhar com isso; é a primeira vez que eu ouvi comentar sobre essa política. Não teve nenhum evento, nenhuma capacitação (Trabalhadores).

Assim como os gestores, os trabalhadores mostraram entendimento do fluxo de acolhimento com base na ESF, bem como na própria Unidade de Saúde. Foi observado que os trabalhadores possuem ínfimo conhecimento desse seguimento, dado que os DSC D e E explicitam o trajeto do acolhimento centrado no território da ESF e sua UBS de referência. Essa perspectiva evidencia que, além da prática do acolhimento conectada à ideia de receptividade, e por mais que demonstrem maior domínio da temática em decorrência da conexão direta aos usuários, os trabalhadores entrevistados não exprimiram em suas falas a prática do acolhimento transpondo os serviços prestados na UBS.

DSC D: O acolhimento, geralmente, é feito por agendamentos. Quem recebe o paciente é a recepcionista, que faz o direcionamento para cada profissional; quando é demanda livre, é por ordem de chegada. Quando é para a dentista, é agendado mediante as agentes de saúde do setor, que já marcam pela ESF. A gente percebe mudanças vindas do agendamento, e é uma mudança positiva, principalmente para as unidades da sede. (Trabalhadores).

DSC E: O acolhimento já se inicia com o ACS, que tem o pri-

meio contato com o usuário; ali, esse profissional já consegue direcionar o usuário pela ESF. Quando o usuário passa para os técnicos de enfermagem, eles passam pela triagem e vão sendo direcionados de acordo com suas necessidades. Os atendimentos são agendados por hora marcada. Quando surgem emergências, que não estavam dentro do planejado, são solucionadas de acordo com a demanda (Gestores).

O acolhimento é uma das diretrizes norteadoras da operacionalização da PNH no SUS. Os profissionais responsáveis devem protagonizar a reestruturação dos serviços por meio de discussões democráticas e coletivas, fundamentadas na problematização da escuta qualificada, a fim de se atingir o maior grau de resolubilidade possível na rede de atenção básica (Ferreira; Artmann, 2018).

Nesta pesquisa, ambos os grupos pareceram compreender o acolhimento relacionado à prática da ESF, não restrito aos cuidados exclusivos da UBS, salvo o DSC E dos gestores, que incorpora a ideia denotativa da palavra. Ainda é possível observar que os trabalhadores parecem deter maior assimilação acerca da prática acolhedora.

Ideia Central 2: Atividades desenvolvidas referentes ao acolhimento

Quanto às estratégias de melhoria para o acolhimento, os gestores enfatizaram que há um constante estímulo para os profissionais aprimorarem suas práticas por parte da gestão de saúde do Município (DSC F). Também relataram que essas capacitações são incentivadas aos profissionais de saúde das equipes de ESF. Existe, todavia, uma visão reducionista dos gestores percebendo o acolhimento apenas como uma boa modalidade de recepção dos usuários.

DSC F: Estamos tentando buscar esse aperfeiçoamento aqui. Todos os processos sempre necessitam de uma reciclagem... Há um desinteresse profissional em capacitações extras. O município instiga os profissionais a quererem realizar essas atividades extracurriculares; nunca ficamos parados. Seja qual for a área, sempre os incentivamos para que se aprimorem para o exercí-

cio da prática. Nosso gestor maior sempre frisa que recebamos nossos pacientes e que o tratemos bem (Gestores).

Já quando questionados a respeito de aprimoramentos para a execução do acolhimento, os trabalhadores expressaram distintas percepções: enquanto alguns se referiram à ausência de atividades dos territórios para fortalecimento dessa estratégia (DSC G), outros (DSC H) relataram uma breve experiência baseada nas ações conduzidas pela esfera estadual (QualificaAPSUS) e municipal (palestra direcionada aos recepcionistas).

DSC G: Não, nunca participei de nenhuma aqui dentro do município; nunca passei por uma capacitação de acolhimento, acho que há a necessidade de acontecer essa preparação. Já passei por situações em que cheguei em determinado local e o acolhimento não foi como deveria ser... Então, enquanto usuário (a), senti falta de preparo dos profissionais. A primeira experiência mais parecida é essa que está acontecendo agora. O pouco de conhecimento que tenho é quando temos essas reuniões..., mas, aqui no município, a gente não teve um momento específico para isso (Trabalhadores).

DSC H: A experiência mais próxima para que tive foi com o Qualifica APSUS. Na época, a unidade estava se preparando para a qualificação por selos... A gente organizou mais as unidades e, o que eu percebo que mudou, é que os outros profissionais, além do médico e enfermeiro tiveram o entendimento do que era o acolhimento. Não foi um curso ou algo mais prolongado. Foi mais como uma palestra que explicava sobre o primeiro contato com o paciente e como recebê-lo. E, com certeza, ela contribuiu, porque muitas vezes tem formas específicas de abordar e de recepcionar o paciente (Trabalhadores).

Dado que os profissionais de saúde estão subordinados a decisões de gerenciamento, o entendimento superficial da percepção da diretriz do acolhimento preconizado pela PNH é capaz de interferir, negativamente, em sua execução na prática. Essa visão dos profissionais (DSC G e H) aproxima-se dos discursos dos gestores, quando questionados sobre as estratégias de melhoria para o acolhimento da ESF (DSC F).

A respeito do QualificaAPSUS, citado no discurso de trabalhadores (DSC H), o projeto é visto como uma experiência mais próxima para aprimorar o acolhimento, uma vez que sua proposta foi de subsidiar a reorganização do modelo de atenção e alcançar atributos - como primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, cumprindo funções de responsabilização de saúde do referido território, de comunicação nas Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de resolubilidade (Ceará, 2017; Ribeiro *et al.*, 2019).

Esses atributos estão de acordo com a diretriz do acolhimento, porém, vale salientar que se trata de uma política estadual para qualificação da AB dos municípios, ou seja, a experiência de profissionais com essa oficina resultaria de uma iniciativa no plano local, para a aquisição de certificação de conformidade regida pelo SUS, visto que outros trabalhadores relataram não possuir cursos prévios de desenvolvimento profissional. É dado inferir-se, contudo, que esse programa não se consolidou na AB de Ibicuitinga.

Ideia Central 3: Possibilidades, desafios e o desenvolvimento de estratégias para a prática do acolhimento

A viabilidade da prática do acolhimento no cotidiano, tanto para os gestores quanto para os trabalhadores, possui o mesmo panorama: centrada no trabalhador de saúde, em seu empenho profissional diante dos usuários e seu vínculo com a equipe.

DSC I: Acredito que as possibilidades são os profissionais quando eles se encontram mais solícitos e aptos a realizarem essa atividade. Nossos profissionais são muito empenhados... Acredito que se surgissem estratégias para o acolhimento, todos iriam aderir (Gestores).

DSC J: Como um todo, a equipe colabora, temos um vínculo muito bom! Sem essa união, nada flui... Toda vez que encontramos alguma dificuldade nos reunimos para, de alguma forma, tentar resolvê-la. Acredito que seja o principal ponto positivo: a união da equipe (Trabalhadores).

No que tange aos entraves para a prática do acolhimento nas unidades de saúde, os gestores apontam a falta de capacitação profissional e o Programa Previne Brasil como desafiadores, enquanto, para os trabalhadores, essa causa está centrada na elevada demanda, na carência de informações adequadas ao usuário.

Um dos pontos do Previne Brasil citados pelos gestores está no cumprimento de metas, sujeitando o planejamento das práticas do acolhimento como segundo plano. Seta *et al.* (2021) postulam o argumento de que o estabelecimento de repasses mediante o alcance de metas seria capaz de prejudicar o seguimento do cuidado na política de atenção básica.

DSC L: O acolhimento se torna mais prejudicado quando a pessoa já está ali há muito tempo, não foi reciclada ou não fez algum curso de aperfeiçoamento. Isso acaba prejudicando a falta de educação permanente e continuada. Isso é um desafio para a gestão [...]. Como se trata de uma ação e, a meu ver, não é uma coisa dita, não se tem capacitações ou estratégias preconizadas, o que prejudica o serviço e o aprimoramento profissional (Gestores).

DSC M: Acredito que o Programa Previne Brasil prejudicou o âmbito do acolhimento. O que ele traz para a gente? Ele orienta que sejam realizados atendimentos agendados, além do recebimento de verbas por desempenho [...]. No caso de demanda espontânea, o acolhimento já acaba sendo quebrado por essa ação. Também, a questão das metas a serem cumpridas faz com que a gestão fique presa aos indicadores, deixando de lado essa questão do acolhimento (Gestores).

DSC N: Um ponto negativo nessa unidade é a superlotação; com a alta demanda, o serviço da ESF *não dá conta* de atender todas as necessidades. Também, há a sobrecarga direcionada ao profissional. A população deveria ser atendida por duas equipes (Trabalhadores).

DSC O: Acredito que a maior dificuldade é a falta de capacitação profissional; isso deve ser trabalhado [...]. O preparo e as informações sobre o acolhimento devem ser transmitidos aos

profissionais porque, a partir daí, eles conseguem transmitir uma melhor conduta aos usuários juntamente com a questão da rotatividade de profissionais na ESF (Trabalhadores).

Nota-se, neste estudo, que os trabalhadores de saúde da ESF são vistos como responsáveis pelo primeiro contato do usuário ao acolhimento. Essa compreensão está de acordo com os princípios da ESF, visto que a AB é considerada a principal porta de entrada do usuário aos serviços do SUS (Melo, 2019).

Em contrapartida, as falas reproduzidas dos gestores e trabalhadores entrevistados apontam a falta de aperfeiçoamento profissional como um dos principais desafios para a práxis do acolhimento. Esse relato procedente da gestão torna o aspecto da qualidade de serviço contraditório, uma vez que o estímulo e a disponibilidade de recursos de qualificação profissional não de ser de delegações administrativas da AB mediante elaborações resolutivas e inovadoras das práticas assistenciais (Gonçalves *et al.*, 2019).

No que concerne à vinculação institucional, se observa a precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde. Apesar das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) para combatê-la, ainda persiste como um dos principais problemas a serem equacionados no que se refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no SUS, decorrente da dificuldade na garantia de efetividade aos participantes, o que é explicado, muitas vezes, por meio da rotatividade de profissionais e gestores dos cargos (Figueiredo *et al.*, 2020).

Affonso e Bernardo (2015) postulam o ponto de vista de que as relações de trabalho e sua organização resultam capazes de interferir diretamente na precariedade do acolhimento por causa do desgaste profissional e das condições de trabalho. A organização do trabalho pelos profissionais em condições de alta demanda seria habilitada a prejudicar a qualidade dos serviços, afetando os atendimentos e encaminhamentos dos usuários, o relato da alta demanda relacionada à qualidade do acolhimento e sua influência na dissolução da informação.

No concernente às estratégias de implementação da PNH no município de Ibicuitinga como medida fortalecedora do acolhimento, os gestores e trabalhadores consideram que a educação permanente beneficiaria essa política, bem como o constante aprimoramento profissional. Novamente, há relatos críticos da gestão ao Previne Brasil, apontado como um entrave para o alcance de metas, desvalorizando a qualidade do acolhimento executado pelos profissionais.

DSC P: Muitos profissionais de saúde, aqui no município, não têm o conhecimento sobre o que é a PNH, independente do grau de formação; os que possuem noção, acabam deixando de executá-la, achando que não é importante. Enquanto gestão não disponibilizar essas informações a nível dos usuários e profissionais, se perde o sentido da política... Há a necessidade de trabalhar essa temática [...]. A humanização nos serviços de saúde nunca é demais. Se formos analisar as esferas da gestão do SUS, principalmente a descentralização, há trabalho a ser realizado a nível municipal (Gestores).

DSC Q: A estratégia que visualizo é a educação permanente. Para fortalecer o acolhimento dentro desse cenário, seria desafiador... Voltando ao Previne Brasil, a questão das metas a serem seguidas, de captação ponderada, pagamento por desempenho e as dos profissionais, acaba por prender a atenção da gestão, deixando de lado o acolhimento. A educação permanente dos profissionais, via treinamentos e capacitações, deveria ser pautado na importância da qualidade do serviço ofertado. Há seis anos, o governo mandava muitos cursos para a área da saúde [...]. Havia a possibilidade de cursos gratuitos, ir para outras cidades, contatar outros profissionais e suas experiências estratégicas... Isso também deixaria o lado profissional mais rico (Gestores).

DSC R: É superimportante apontar para a gestão a necessidade da implementação de uma política de humanização a nível do município e que seja um processo contínuo, devido a rotatividade profissional. É uma necessidade do município que a gestão entre com projetos de capacitação ao servidor através de uma PNH municipal. Dentro do SUS existem várias políticas, que é o

caso da PNH. Cabe a cada município desenvolvê-la e descentralizá-la. Não há preparo para novos profissionais, eles sempre se adequam ao cotidiano da unidade; isso não mantém uma qualidade de serviço devido à falta de instruções prévias [...]. Essa política deveria trabalhar em toda a rede, desde a regulação de marcação de consulta a demais gestão dos serviços e ver um modo de monitoramento. É preciso o apoio da gestão para o desenvolvimento dessa política a nível do município (Trabalhadores).

Os entrevistados expressaram a ideia de que a escuta qualificada nas UBS do Município não é efetiva. Os profissionais relataram que a organização do fluxo de trabalho conciliado com a demanda espontânea poderia ser planejada. Ainda, o Programa Previne Brasil parece preocupar a gestão pelas metas quantitativas a serem atingidas, uma vez que são propícias a comprometer o repasse de verbas da saúde ao Município.

A preocupação com metas e o trabalho sob agendamento de grupos de usuários específicos é capaz de interferir no acolhimento, dado que as demandas espontâneas não são consideradas no fluxo de trabalho, cooperando para a superlotação das UBS e saturação profissional (Affonso; Bernardo, 2015; Morosini *et al.*, 2020).

Sabe-se que o diálogo é único instante de partilha em rodas de conversa, oportunidade em que os interlocutores se complementam, realizando o exercício de ouvir e falar. As contribuições de cada participante são estabelecidas por meio das interações com os demais, seja para complementar, discordar, ou concordar com falas anteriores da roda. Conversar, nessa extensão, significa compreender com profundidade, refletir e analisar tudo o que é compartilhado. Ao pensar na adoção desse instrumento (roda de conversa), deve-se considerar que o diálogo estabelecido representa o pensamento, a ação e a palavra de variadas pessoas, com histórias de vida distintas e modos próprios de pensar e sentir (Warschauer, 2001a; 2004b).

No decurso das falas expressas nesta pesquisa, identificou-se o fato de que a PNH não é uma política conhecida e praticada entre os trabalhadores dos variados setores da saúde entrevistados. A denotação de **acolhimento**, também, sugeriu induzir as respostas com base na compreensão literal da palavra (Cassella; Machado, 2018).

A educação permanente mencionada é decorrente da PNEPS (Brasil, 2018; Ceccim, 2021). Os gestores e trabalhadores entrevistados corroboram em suas falas quanto ao uso dessa política para a reorientação do trabalho baseado nas capacitações profissionais. Somente os trabalhadores apontam, no entanto, a necessidade da descentralização da PNH e a implementação no âmbito municipal conforme citado no discurso dos trabalhadores (DSCR).

Essa proposta proporcionaria melhores serviços de saúde pela reorganização dos trabalhos das equipes técnicas e administrativas, uma vez que a coletividade para o planejamento de ações e estratégias, também, reformularão a diretriz do acolhimento na AB, favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização sob o prisma laboral.

Considerações finais

A compreensão da práxis do acolhimento mostra-se incipiente entre gestores e trabalhadores da saúde, em consequência do desconhecimento da política de humanização e da falta de investimento em educação permanente, além da alta rotatividade de profissionais nas UBS, refletindo na organização do trabalho.

Infere-se, pois, que, para a prática do acolhimento como diretriz da PNH ser de fato implementada e transversalizada em toda a RAS, necessita ter foco inicial na ESF, que é a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde.

Os participantes deste experimento demonstraram uma compreensão genérica do acolhimento, capaz de repercutir no seu trabalho. O entendimento é também reflexo da conjuntura contraditória às políticas universais inclusivas do SUS vigentes no período do estudo, que não priorizava a capacitação da equipe de saúde, quer seja propiciada pela gestão ou demandada pelos trabalhadores.

A realização desta demanda universitária despertou reflexões sobre os desafios ante a falta de um programa de educação permanente em saúde, falha de comunicação nas ESF e pontos da rede, com a identificação da pers-

pectiva inadequada do que concerne à diretriz do acolhimento e seu papel no desenvolvimento da PNH na atenção básica. Os discursos apontaram a necessidade de um constante investimento para a atualização e aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde.

Em face dos desafios apontados, o relatório de estudo ora findo vislumbrou as possibilidades para a implementação da política de humanização no Município, a efetivação da PNH na contextura municipal para consolidar os preceitos e diretrizes no âmbito local, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais e populacionais do território.

Referências

AGUIAR, N. L.T. *et al.* Análise do acolhimento na estratégia Saúde da Família de Sobral (Ceará): discurso do sujeito coletivo de enfermeiros. **Revista Espaço para à Saúde**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 45-55, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2018v19n1p45>. Acesso em: 2 jul. 2021.

AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 23-43, mar. 2015. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HmS7VKt3Kx8PMGrq7jvsfwM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BASTOS, V. S. *et al.* A. Saúde do Idoso: Política de Humanização e Acolhimento na Atenção Básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 37, p. e-021223, mar. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378345>. Acesso em: 24 jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2007**, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico 2018**: Programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no SUS, PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CASSELLA, N. A.; MACHADO, F. R. S. Institutional support: the perception of the supporters in a public maternity hospital of Alagoas, Brazil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 799-820, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Z4zWDPJ8ZDvWxdp36bWkt9m/abstract/?format=html&lang=en>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Projeto QualificaAPSUS Ceará - Oficina 1: Atenção Primária à Saúde – Fundamentos, Gestão e Avaliação da Qualidade**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2017. 41p. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/qualificaapsus-apostila-1.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2023.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, maio 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 13 jul. 2022.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, mar. 2009. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>. Acesso em: 13 jun. 2021.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1437-1450, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>. Acesso em: 12 maio 2021.

FIGUEREIDO, F. I. D. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 27-38, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-> Acesso em: 21 jan. 2023.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 12-23, ago. 2019. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S101>. Acesso em: 27 out. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

MELO, M. V. S. **Implantação do acolhimento em uma unidade de saúde da família de um município de grande porte do Nordeste Brasileiro**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20092?locale=pt_BR. Acesso em: 2 jul. 2022.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 28 fev. 2023.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, Teresina, v. 23, n. 1, p. 95-103, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>. Acesso em: 27 out. 2021.

NOBRE, J. P. S. **A práxis do acolhimento na estratégia saúde da família**. 2023. 77 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico ou Profissional em 2023). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2023. Disponível em: <http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=111427>. Acesso em: 13 set. 2023.

PASTANA, I. C. A. S. S. *et al.* Práticas humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática qualitativa. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 54-62, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34476>. Acesso em: 5 ago. 2022.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS em revista**, Belo Horizonte v. 1, n. 1, p. 29-38, mar. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/jaque/Downloads/editoria,+5-Texto+do+artigo-103-1-18-20190314.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2023.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/>. Acesso em: 3 fev. 2023.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, p. 193-206, jan./mar. 2019. Supl. 1.

VASCONCELOS, M. F. F. *et al.* Entre políticas (EPS – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 981-991, ago. 2016.

WARSCHAUER, C. **Rodas em rede**: oportunidades formativas na escola e fora dela. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001a.

WARSCHAUER, C. **Rodas e narrativas**: caminhos para a autoria de pensamento, para a inclusão e a formação. Petrópolis: Vozes, 2004b. p. 13-23. Disponível em: http://www.rodaeregistro.com.br/pdf/textos_publicados_3_rodas_e_narrativas_caminhos_para_a_autoria.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2022.