

Saúde da família em terras baianas



**Paula Hayasi Pinho
Helena Moraes Cortes
Dóris Firmino Rabelo
Ana Lúcia Moreno Amor
(Orgs.)**



Editora UFRB

Saúde da família em terras baianas

REITOR

Fábio Josué Souza dos Santos

VICE-REITOR

José Pereira Mascarenhas Bisneto

SUPERINTENDENTE

Rosineide Pereira Mubarak Garcia

CONSELHO EDITORIAL

Ana Lúcia Moreno Amor

Josival Santos Souza

Luiz Carlos Soares de Carvalho Júnior

Maurício Ferreira da Silva

Paulo Romero Guimarães Serrano de Andrade

Robério Marcelo Rodrigues Ribeiro

Rosineide Pereira Mubarak Garcia (presidente)

Sirlara Donato Assunção Wandenkolk Alves

Walter Emanuel de Carvalho Mariano

SUPLENTES

Carlos Alfredo Lopes de Carvalho

Marcílio Delan Baliza Fernandes

Wilson Rogério Penteado Júnior

COMITÊ CIENTÍFICO

(Referente ao Edital nº. 002/2020 EDUFRB – Edital de
apoio à publicação de livros eletrônicos)

Paula Hayasi Pinho

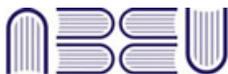
Helena Moraes Cortes

Dóris Firmino Rabelo

Ana Lúcia Moreno Amor

Simone Seixas da Cruz

EDITORA FILIADA À



**Associação Brasileira
das Editoras Universitárias**

Paula Hayasi Pinho
Helena Moraes Cortes
Dóris Firmino Rabelo
Ana Lúcia Moreno Amor
(Orgs.)

Saúde da família em terras baianas



Editora UFRB

Cruz das Almas - Bahia /2020

Copyright©2020 Paula Hayasi Pinho, Helena Moraes Cortes
Dóris Firmino Rabelo e Ana Lúcia Moreno Amor
Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB.

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica:
Antonio Vagno Santana Cardoso

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

S255s Saúde da família em terras baianas / Organizadores:
Paula Hayasi Pinho... [et al.]_ Cruz das Almas,
BA: EDUFRB, 2020.
260p. (Coleção Pesquisas e Inovações
Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB; volume 7).

ISBN: 978-65-87743-34-9.

1.Saúde da família – Saúde coletiva. 2.Atenção
primária à saúde – Estratégia saúde da família.
I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
Centro de Ciências da Saúde. II.Pinho, Paula Hayasi.
III.Cortes, Helena Moraes. IV.Rabelo, Dóris Firmino.
V.Amor, Ana Lúcia Moreno. VI.Título.

CDD: 362.10425

Ficha elaborada pela Biblioteca Central de Cruz das Almas - UFRB.
Responsável pela Elaboração - Antonio Marcos Sarmento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 /
1615) & Neubler Nilo Ribeiro da Cunha (Bibliotecário - CRB5/1578)
(os dados para catalogação foram enviados pelo usuário via formulário eletrônico)



Editora UFRB

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro
44380-000 Cruz das Almas – BA
Tel.: (75) 3621-7672
editora@reitoria.ufrb.edu.br
www.ufrb.edu.br/editora
www.facebook.com/editoraufrb

Sumário

Prefácio

Luiz Augusto Facchini 9

Apresentação

Paula Hayasi Pinho, Helena Moraes Cortes, Dóris Firmino Rabello, Ana Lúcia Moreno Amor, Simone Seixas da Cruz, Lina Faria, Jane Mary de Medeiros Guimarães 11

Doença Falciforme: da Fisiopatologia aos cuidados

Simone Ligia Sousa Teixeira, Clara Martins da Anunciação Lima, Jorge Miguel Lage Cerqueira, Rocío Elizabeth Chavez Alvarez, Antonio José Costa Cardoso, Jane Mary de Medeiros Guimarães 23

Autonomia/autocuidado: triálogo na atenção básica

Mariana Machado Aragão, Rocío Elizabeth Chavez Alvarez 39

Produção de cuidado e saberes em saúde mental

Ariane Carvalho Bacelar, Andressa Lima Porto, Enyo Arruda Santos, Giovanna Lima Freitas, Sara Barbosa Rodrigues, Laura Regia Oliveira Cordeiro, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Lina Faria 57

Doenças cerebrovasculares: implicações na atenção primária

Andrezza Lima Muricy, Marla Niag dos Santos Rocha, Caroline Costa Bourbon, Ana Claudia M. Godoy Figueiredo, Cleto José Sauer Júnior, Elivan Silva Souza, Elaine Nunes Pacheco, Josicélia Estrela Tuy Batista, Joana Trengrouse Laignier de Souza, Simone Seixas da Cruz 77

Esfigmomanômetros descalibrados: enfoque na atenção primária

Cleto José Sauer Júnior, Dóris Firmino Rabelo 95

Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho...

Marla Niag dos Santos Rocha, Micheli Dantas Soares, Ana Lúcia Moreno Amor 111

Fragilidade em pessoas idosas: desafios para a atenção básica	
<i>Joana Trengrouse Laignier de Souza, Fran Demétrio, Dóris Firmino Rabelo.....</i>	127
Informação em saúde: percurso histórico	
<i>João Zallio Coelho, Márcio Florentino Pereira, Antonio José Costa Cardoso, Lorena Aguiar do Carmo, Jéssica Tais Barreto Jorge, Jane Mary de Medeiros Guimarães ..</i>	143
Práticas integrativas e complementares como boas práticas em saúde mental	
<i>Andrezza Lima Muricy, Helena Moraes Cortes</i>	161
Residência médica em medicina de família e comunidade na Bahia	
<i>Augusto Roberto Vidreira Batista, Lohana Guimarães Souza, Lina Faria, Márcio Florentino Pereira, Antonio José Costa Cardoso, Jane Mary de Medeiros Guimarães.....</i>	181
Por uma assistência ao parto decolonial: parteria tradicional no Brasil	
<i>Caroline Costa Bourbon, Luciana Alaíde Alves Santana, Micheli Dantas Soares.....</i>	199
Estresse ocupacional na atenção primária à saúde	
<i>Elaine Nunes Pacheco, Ligia Maffei Carnevalli, Paula Hayasi Pinho</i>	215
Programa Jovem Doutor	
<i>Rodrigo Silva Santos, Jéssica Tais Barreto Jorge, Lorena Aguiar do Carmo, Lina Faria, Antonio José Costa Cardoso, Jane Mary de Medeiros Guimarães</i>	239
Sobre os autores	253

Prefácio

Luiz Augusto Facchini¹

É com grande satisfação que convido as leitoras e os leitores a desfrutar do e-book “Saúde da Família em terras baianas”, resultado de um encontro criativo da academia com os profissionais da Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde.

A organização da obra e a liderança do trabalho editorial foram das professoras Paula Hayasi Pinho e Helena Moraes Cortes, respectivamente, coordenadora e vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e das professoras Dóris Firmino Rabelo, Ana Lúcia Moreno Amor e Simone Seixas da Cruz, docentes do mesmo programa na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

O livro traz a público trabalhos da primeira turma da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e os trabalhos de conclusão dos egressos da primeira turma do PROFSAÚDE da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), em um retrato abrangente e diversificado do desenvolvimento do programa no estado.

Em iniciativa conjunta das coordenações acadêmicas do PROFSAÚDE na UFRB e na UFSB, o primeiro capítulo narra a história e os desafios da implantação do programa de pós-graduação em terras baianas, ao tempo em que ressalta a formação de uma rede de cooperação entre ambas as instituições.

Na sequência, estão doze capítulos relativos aos projetos acadêmicos dos mestrandos da UFRB e da UFSB. Todos eles apresentam grande vinculação com os serviços de saúde em que os alunos trabalham e seus resultados evidenciam grande potencial

1 Pró-reitor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO – FIOCRUZ.

de transformação do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) nos contextos assistencial, gerencial e político em que estão inseridos. São capítulos em coautoria com os orientadores e muitas vezes com docentes, colegas da pós-graduação e mesmo de iniciação científica das universidades.

O trabalho compartilhado de docentes e alunos também está presente no capítulo 5, resultado de uma reflexão dos mestrandos da UFRB no contexto da disciplina de Sistemas de Informação acerca das Doenças cerebrovasculares na atenção primária.

Essa articulação expressa a capacidade do PROFSAÚDE em multiplicar a produção coletiva de conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família no estado da Bahia, ao tempo em que fortalece os vínculos entre os programas de pós-graduação e os serviços de saúde.

A elaboração do livro produziu recompensas que extrapolam sua publicação, como, por exemplo, o estreitamento de laços entre as duas Universidades protagonistas do PROFSAÚDE na Bahia. A experiência bem-sucedida do e-book fortaleceu o vínculo entre as universidades e já propicia o desenvolvimento de iniciativas conjuntas de ensino e pesquisa para além do programa de pós-graduação.

Aproveite a oportunidade e boa leitura!

Apresentação

Paula Hayasi Pinho

Helena Moraes Cortes

Dóris Firmino Rabello

Ana Lúcia Moreno Amor

Simone Seixas da Cruz

Lina Faria

Jane Mary de Medeiros Guimarães

Esta publicação reúne experiências de docentes, mestrandos e colaboradores do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MprofSaúde) em terras baianas a partir de produtos/objetos de estudos, em forma de capítulos, apresentados pelos atores em duas instituições de ensino superior no estado da Bahia: a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Buscou-se fomentar reflexões sobre estes produtos na área da Saúde Coletiva, em forma de relatos, revisões ou resultados de pesquisas para incentivar a procura de novos saberes e fazeres em um mestrado profissionalizante, contribuindo para a práxis de pesquisa em Saúde da Família.

No capítulo inicial as professoras Paula Hayasi Pinho (Coordenadora do Profsaúde UFRB), Helena Moraes Cortes (Vice-Coordenadora do Profsaúde UFRB), Lina Faria (Coordenadora do Profsaúde UFSB) e Jane Mary de Medeiros Guimarães (Vice-Coordenadora do Profsaúde UFSB) nos apresentam o texto “**Saúde da Família em terras baianas**” e socializam históricos singulares das experiências do MprofSaúde em universidades no interior da Bahia.

No capítulo primeiro, intitulado “**Doença falciforme: uma revisão de literatura**”, os autores Simone Ligia Sousa Teixeira, Clara Martins da Anunciação Lima, Jorge Miguel Lage Cerqueira, Rocío Elizabeth Chavez Alvarez, Antonio José Costa Cardoso e Jane

Mary de Medeiros Guimarães apresentam uma revisão da literatura sobre a anemia falciforme, com ênfase nos aspectos biomédicos e patológicos da doença, refletindo a importância desta patologia em meio aos problemas de saúde pública.

No segundo capítulo, as autoras Mariana Machado Aragão e Rocio Elizabeth Chavez Alvarez retratam no texto “**Autonomia/ autocuidado: trílogo na atenção básica**”, ao longo de uma revisão teórica, a relação da autonomia e do autocuidado com as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família, e como estes conceitos estão relacionados com a medicalização social sob a ótica de três autores: Ivan Illich, Charles Tesser e Roberto Nogueira.

No terceiro capítulo, com o título “**Produção de cuidado e saberes em saúde mental**”, os autores Ariane Carvalho Bacelar, Andressa Lima Porto, Enyo Arruda Santos, Giovanna Lima Freitas, Sara Barbosa Rodrigues, Laura Regia Oliveira Cordeiro, Jane Mary Medeiros Guimarães e Lina Faria identificaram, a partir de um estudo de revisão de literatura, que as percepções do cuidado em saúde mental, no contexto da saúde da família, proporcionam a necessidade de repensar a humanização do cuidar, a integralidade, universalidade e a garantia de equidade, considerando os entraves para que se concretizem a partir de uma atenção digna e integral.

As “**Doenças cerebrovasculares: implicações na atenção primária**” dão nome título ao quarto capítulo, onde os autores Andrezza Lima Muricy, Marla Niag dos Santos Rocha, Caroline Costa Bourbon, Ana Claudia M. Godoy Figueiredo, Cleto José Sauer Júnior, Elivan Silva Souza, Elaine Nunes Pacheco, Josicélia Estrela Tuy Batista, Joana Trengrouse Laignier de Souza e Simone Seixas da Cruz tratam dos determinantes sociais que contribuem com a causalidade destas doenças, concluindo sobre a necessidade de ações de políticas públicas e demais articulações que gerem uma abordagem mais eficaz.

O quinto capítulo, produzido por Cleto José Sauer Júnior e Dóris Firmino Rabelo e intitulado “**Esfigmomanômetros descalibrados: enfoque na atenção primária**”, traz uma revisão narrativa sobre o conhecimento acerca da utilização de esfigmomanômetros fora de conformidade na atenção primária, com respeito às implicações e repercussões deste fato para a saúde pública.

Já o sexto capítulo “**Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho...**”, produzido pelas autoras Marla Niag dos Santos Rocha, Micheli Dantas Soares e Ana Lúcia Moreno Amor, tem como proposta apresentar o modo de constituição de um objeto de pesquisa no âmbito de um curso de pós graduação – o MProfSaúde Família da ABRASCO. O texto lança mão de um caráter narrativo e reflexivo, entrecruzando a história de vida da principal autora com reflexões de como se construíram, ao longo deste processo, a personalidade da pesquisadora e o seu objeto de estudo.

No sétimo capítulo, as autoras Joana Trengrouse Laignier de Souza, Fran Demétrio e Dóris Firmino Rabelo, a partir do estudo “**Fragilidade em pessoas idosas: desafios para a atenção básica**”, apresentam uma proposta de criação de um modelo de atenção à saúde do(a) idoso(a), no município de Vitória da Conquista-BA, utilizando os desafios experienciados pela atenção básica no cuidado à pessoa idosa com fragilidade como base de uma estratégia sistematizada para este cuidado.

O oitavo capítulo, “**Informação em saúde: percurso histórico**”, dos autores João Zallio Coelho, Márcio Florentino Pereira, Antonio José Costa Cardoso, Lorena Aguiar do Carmo, Jéssica Tais Barreto Jorge e Jane Mary de Medeiros Guimarães, objetiva, a partir de revisão de literatura, traçar os marcos temporais e históricos referentes ao sistema de informação em saúde e à sistematização da informação no âmbito do Sistema Único de Saúde, trazendo a problemática da não utilização das informações disponíveis para a tomada de decisões pelos gestores e trabalhadores de saúde.

As autoras Andrezza Lima Muricy e Helena Moraes Cortes, no nono capítulo deste livro, apresentam o estudo **“Práticas integrativas e complementares: boas práticas em saúde mental”**, trazendo evidências positivas, a partir da análise de literatura nacional e internacional, sobre o uso das “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)” como estratégias de cuidado em saúde mental no território. A utilização destas práticas como estratégias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, se alinhadas com o modelo de atenção psicossocial, podem ser uma proposta de redirecionamento das atuais práticas de cuidado em saúde mental.

A **“Residência médica em medicina de família e comunidade na Bahia”** é o título do décimo capítulo, elaborado pelos autores Augusto Roberto Vidreira Batista, Lohana Guimarães Souza, Lina Faria, Márcio Florentino Pereira, António José Costa Cardoso e Jane Mary de Medeiros Guimarães. Neste capítulo, são descritos e analisados os impactos da expansão da formação médica e da evolução recente na oferta de vagas nos programas de residência em medicina de família e comunidade na Bahia, evidenciando, por um lado, a necessidade da realização de estudos sobre a ocupação dessas vagas e os efeitos dessa formação e, por outro lado, permitindo subsidiar a formulação de políticas públicas de incentivo à Residência Médica de Medicina e Comunidade.

O décimo primeiro capítulo, intitulado **“Por uma assistência ao parto decolonial: parteria tradicional no Brasil”**, é escrito por Caroline Costa Bourbon, Luciana Alaíde Alves Santana e Micheli Dantas Soares e reflete sobre a parteria tradicional como prática milenar decolonizada e seu processo de apagamento, este derivado da institucionalização do parto e das múltiplas formas de epistemicídios/genocídios de povos nativos e seus saberes. O capítulo finaliza com a constatação da necessidade de visibilidade desta mestra de ofício, a saber, a parteira mestra.

O penúltimo capítulo apresenta o tema “**Estresse ocupacional na atenção primária à saúde**”, e foi elaborado por Elaine Nunes Pacheco, Lígia Maffei Carnevalli e Paula Hayasi Pinho a partir de uma revisão integrativa de literatura. As autoras apresentam e analisam a produção científica acerca do estresse ocupacional nos trabalhadores da atenção primária à saúde (APS), nos últimos 10 anos, contribuindo para ampliar o entendimento sobre fatores de risco associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout na prestação desse serviço.

O décimo terceiro e último capítulo, com o título “**Programa Jovem Doutor**”, é assinado pelos autores Rodrigo Silva Santos, Jéssica Taís Barreto Jorge, Lorena Aguiar do Carmo, Lina Faria, Antonio José Costa Cardoso e Jane Mary de Medeiros Guimarães, e expõe relatos de experiências na implementação do Programa Jovem Doutor em escolas públicas a partir de uma revisão de literatura.

Os estudos e reflexões delineados nesta obra mostram as potencialidades dos trabalhos desenvolvidos e dos que estão por se desenvolver pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família em terras baianas.

O PROFSAÚDE/MPSF

O presente E-book - uma parceria entre a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) - reúne textos de docentes e discentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) que procuram ampliar os estudos e debates sobre os mais diversos temas relacionados à Atenção Primária à Saúde (APS), ao processo de trabalho das equipes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), à implementação de políticas públicas direcionadas à saúde, além do entendimento da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional *stricto sensu* em Saúde da Família das universidades federais supracitadas integram oficialmente o PROFSAÚDE, em Rede Nacional, no âmbito do Sistema da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UMA-SUS), e conta com o apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e da Comunidade (SBMFC) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) sob as normas do PROFSAUDE em Rede Nacional. Cada Instituição de Ensino Superior que integra a Rede Nacional, incluindo todos os seus *campi*, é denominada Instituição Associada (PROFSAÚDE, 2020, 2020a).

Em 2016 o Programa foi apresentado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). O mestrado é oferecido por uma rede nacional constituída por 22 instituições públicas de ensino superior lideradas pela Fiocruz. O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) são instituições demandantes e financiadoras deste projeto (PROFSAÚDE, 2020, 2020a).

O Programa de Pós-graduação PROFSAÚDE está em sincronia com os objetivos do Programa Mais Médicos, lançado pelo Governo Federal como parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e prevê aperfeiçoar médicos, enfermeiros e odontólogos para exercerem atividades de atenção à saúde, docência e preceptoria, além da produção de conhecimento e gestão em Saúde da Família. Portanto, visa a formar trabalhadores e trabalhadoras que atuam na Atenção Básica (AB) desenvolvendo trabalhos que tenham íntima relação tanto com a praxis em que aqueles se acham inseridos quanto com as particularidades regionais que envolvem os estudantes, na perspectiva de fortalecer o SUS, privilegiando seus princípios e diretrizes. Esta formação deve estar articulada com sua prática na AB, bem como com seu exercício na docência e na supervisão dos profissionais da rede básica de saúde e de egressos dos projetos estratégicos dos Ministérios da Educação e da Saúde (PROFSAÚDE, 2020).

O Mestrado profissional em Saúde da Família tem a duração mínima de 18 e máxima de 24 meses, contabilizando uma carga horária total de 960 horas, distribuídas da seguinte forma: 32 créditos de disciplinas obrigatórias (480 horas); 10 créditos de atividades complementares (150 horas) e 22 créditos para o Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) (330 horas) (PROFSAÚDE, 2020a).

A UFRB

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) foi criada pela Lei 11.151, de 29 de julho de 2005, por desmembramento da Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia, ficando encravada na região do Recôncavo da Bahia (UFRB, 2015).

Desde o seu nascimento, a UFRB configurou-se no modelo *multicampi*, sendo concebida na perspectiva de interiorizar a universidade ofertando um ensino superior de qualidade e de democratizar a educação como sua responsabilidade social, contribuindo com o desenvolvimento sustentável, artístico-cultural, científico-tecnológico e socioeconômico do país. Para além destes sustentáculos, a UFRB cultua em seu cerne formativo a promoção de uma cultura de paz social, de defesa dos direitos humanos e de um meio ambiente sustentável e preservado (UFRB, 2015).

Os *campi* da UFRB foram inicialmente organizados em cinco centros, sendo quatro em municípios que compõem o Recôncavo (Cachoeira, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus) e um no Vale do Jequiçá (Amargosa). Os Centros são assim denominados:

- Centro de Ensino de Ciências Agrárias Ambientais Biológicas (CCAAB) e Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas (CETEC), situados em Cruz das Almas;

- Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL), situado em Cachoeira;

- Centro de Ciências da Saúde (CCS) situado em Santo Antônio de Jesus;

- Centro de Formação de Professores (CFP) situado na cidade de Amargosa.

Em 2013 a UFRB expandiu-se com a criação do curso de medicina no Centro de Ciências da Saúde (CCS), em Santo Antônio de Jesus, e a implantação de dois novos *campi*, a saber: o Centro de Ciências e Tecnologia em Energia e Sustentabilidade (CETENS), localizado em Feira de Santana, e o Centro de Cultura, Linguagens e Tecnologias Aplicadas (CECULT), localizado em Santo Amaro.

O Centro de Ciências da Saúde (CCS) abriga cursos de graduação e de pós-graduação, dentre eles o Mestrado Profissional em Saúde da Família. O CCS foi instalado em Santo Antônio de Jesus, em 2006, oferecendo os cursos de graduação em Enfermagem, Nutrição e Psicologia. Em 2007 a UFRB aderiu ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). A adesão da UFRB ao REUNI se traduziu não somente na expansão quantitativa de novos cursos de graduação, mas também imprimiu na instituição uma marca acadêmica mais robusta e sólida (UFRB, 2015).

Em 2009, atendendo a metas e princípios do REUNI, foi implementado no CCS – UFRB, o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), correspondendo ao primeiro ciclo formativo. A estruturação do BIS foi concebida numa dimensão inter- e transdisciplinar, considerando-se que os enfoques humanísticos, artísticos e científicos articulados aos saberes tradicionais do campo da saúde tendem a formar novos saberes, ampliando em múltiplas dimensões, e de forma contínua, os conceitos inerentes ao processo saúde-doença. Após a conclusão do BIS, o aluno tem a possibilidade de desenvolver itinerários formativos que o habilitem, desta forma, a cursar um segundo ciclo formativo nos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição ou Psicologia.

Em 2017 a UFRB integrou o rol de instituições de ensino superior parceiras do PROFSAÚDE. Compõem o Corpo Docente

Permanente do PROFSAÚDE FIOCRUZ/ UFRB as seguintes professoras doutoras: Ana Lucia Moreno Amor, Dóris Firmino Rabelo, Fran Demétrio, Helena Moraes Cortes, Luciana Alaide Alves Santana, Micheli Dantas Soares, Paula Hayasi Pinho e Simone Seixas da Cruz.

A primeira turma de discentes do PROFSAÚDE FIOCRUZ/ UFRB (2018) foi composta por seis alunos, todos profissionais médicos. Destaca-se que a totalidade destes alunos estava envolvida com atividades de ensino em cursos de graduação em medicina ou preceptoria de residências médica e/ou multiprofissional.

Já a segunda turma do PROFSAÚDE FIOCRUZ/UFRB (2019) teve a característica de ser multiprofissional, sendo integrada por profissionais enfermeiros, médicos e dentistas – categorias profissionais da equipe mínima das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Estes profissionais ou tinham vínculo com a APS e/ou com instituições de ensino superior, enquanto docentes.

Por ser o primeiro curso de Pós-Graduação *stricto sensu* em nível de mestrado a integrar o Centro de Ciências da Saúde (CCS/ UFRB), muitos foram os desafios institucionais que precisaram (e precisam) ser superados no cotidiano de sua implementação. Destaca-se que a direção do CCS, nas pessoas das professoras Flávia Henrique e Vânia Sampaio Alves, foram decisivas tanto na implementação deste programa de mestrado quanto no apoio e suporte para a superação dos desafios de um curso novo na estrutura acadêmico-organizacional da instituição.

A UFSB

A Universidade Federal do Sul da Bahia foi criada em 05 de junho de 2013 pela Lei 12.818/2013, sancionada pela presidente Dilma Rousseff. Com reitoria em Itabuna e *campi* em Teixeira de Freitas e Porto Seguro, foi pensada de forma a corresponder às exigências educacionais da atualidade considerando as características culturais

e socioeconômicas específicas da Região Sul do estado da Bahia e os rumos do desenvolvimento nacional e internacional (UFSB, 2014).

A principal fonte de inspiração deste modelo de universidade é a obra do Educador Anísio Teixeira, um dos principais referenciais do pensamento progressista na educação brasileira. A Universidade Popular como instrumento de promoção da Educação Democrática no ensino superior foi desenvolvida por ele, no final da década de 1940. Defensor do ensino público, difundiu os pressupostos do movimento da *Escola Nova*, que tinha como princípio a ênfase na reflexão crítica em preferência à memorização. Aprender implica no desenvolvimento de habilidades e competências, posicionar-se crítico-criativamente diante das diversidades das relações concretas das diferentes instâncias da vida social e cultural (ALMEIDA-FILHO, 2014).

As perspectivas e soluções que subsidiam seu plano orientador compõem um projeto acadêmico guiado pela interdisciplinaridade e sustentabilidade, em diálogo com estruturas curriculares e práticas pedagógicas características das melhores universidades contemporâneas.

A UFSB é constituída por três *campi*, com sedes nos municípios de Itabuna (onde se localiza a reitoria), Porto Seguro e Teixeira de Freitas. Vinculados aos *campi* há oito Colégios Universitários (CUNI). A área de abrangência da UFSB compõe-se de 48 municípios, ocupando 40.384 km², situada na costa meridional do estado da Bahia. Sua população totaliza 1.520.037 habitantes (dados do Censo 2010). A maior parte dos municípios é de pequeno porte; apenas o município de Itabuna ultrapassa 200 mil habitantes. Os municípios de Porto Seguro, Ilhéus, Teixeira de Freitas e Eunápolis ultrapassam 100 mil habitantes (UFSB, 2014).

Em 2016 a Universidade Federal do Sul da Bahia integrou o quadro de instituições de ensino superior parceiras do PROFSAÚDE.

Compõem o Corpo Docente Permanente do PROFSAÚDE

da UFSB os professores doutores: Lina Faria (Coordenadora do Mestrado Profissional/UFSB), Jane Mary de Medeiros Guimarães (Vice-Coodenadora do Mestrado Profissional), Antônio José Costa Cardoso, Luiz Antonio de Castro Santos, Márcio Florentino Pereira, Naomar de Almeida-Filho e Rocío Elizabeth Chávez Alvarez.

A primeira turma de discentes do PROFSAÚDE/UFSB (2017) foi composta por dez estudantes, todos profissionais médicos. Destaca-se que a totalidade destes estudantes estava envolvida com o ensino em cursos de graduação ou preceptoria de residências médica e/ou multiprofissional. Nove estudantes da primeira turma defenderam suas Dissertações de Mestrado durante o I Simpósio de Saúde Coletiva do Sul da Bahia realizado entre os dias 23 e 25 de março de 2018 no Campus Sosígenes Costa, em Porto Seguro.

A segunda turma (2018) é composta por dez profissionais médicos. Destaque-se que a totalidade está envolvida com o ensino em cursos de graduação ou preceptoria de residências médica e/ou multiprofissional. Os dez estudantes permanecem no Programa e defenderam seus Projetos de Qualificação no mês de junho de 2020.

A Terceira turma (2019) destaca-se por ser multiprofissional, integrada por profissionais enfermeiros, médicos e dentistas, categorias profissionais da equipe mínima das Estratégias de Saúde da Família. Estes profissionais têm vínculo com a APS e/ou com instituições de ensino superior.

Importante ressaltar que as parcerias e estreitamento de laços entre as duas instituições - UFRB e UFSB - vêm ocorrendo em diversos aspectos. Cabe ressaltar a participação de docentes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como Palestrantes e Membros de Bancas de Mestrado no II Simpósio de Saúde Coletiva organizado por docentes da Universidade Federal do Sul da Bahia. A segunda edição do Simpósio de Saúde Coletiva teve como tema central a interface entre educação e saúde e os desafios na formação interdisciplinar. Buscou discutir, refletir e debater os problemas

de saúde e as propostas no âmbito da educação e formação interdisciplinar em saúde da família, bem como do trabalho em equipe nas redes de atenção à saúde. Alguns artigos publicados no presente E-book foram apresentados no II Simpósio por estudantes da UFRB e da UFSB (UFSB, 2019).

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Bacharelado interdisciplinar em saúde: revolução na educação superior no campo da saúde. In: Teixeira CF, Coelho MTAD. **Uma experiência inovadora no ensino superior: bacharelado interdisciplinar em saúde**. Salvador: EDUFBA, p. 11-22, 2014.

PROFSAÚDE. **Mestrado Profissional em Saúde da Família. Sobre o Programa, 2020**. Disponível em: <<http://profsaude-abrasco.fiocruz.br/>>. Acesso em 14 de janeiro de 2020.

PROFSAÚDE. **Mestrado Profissional em Saúde da Família. Turma Multiprofissional: Manual do(a) Mestrando(a)**. organizado por Carla Pacheco Teixeira e Marta Quintanilha Gomes. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO/PROFSAÚDE, 2020a, 92p.

UFSB. **Plano Orientador, 2014**. Disponível em: <<https://ufsb.edu.br/wp-content/uploads/2015/05/Plano-Orientador-UFSB-Final.pdf>>. Acesso em 05 de janeiro de 2020.

UFSB. **II Simpósio de Saúde Coletiva do Sul da Bahia: Educação e Saúde, 2019**. Disponível em: <<https://www.ufsb.edu.br/component/content/article/1588-csc-ii-simposio-de-saude-coletiva-do-sul-da-bahia-educacao-e-saude?catid=189>>. Acesso em 22 de janeiro de 2020.

UFRB. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2015-2019**. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/soc/images/PDI/PDI_2_ETAPA_28_07_2016.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2020.

Doença Falciforme: da Fisiopatologia aos cuidados

*Simone Ligia Sousa Teixeira
Clara Martins da Anunciação Lima
Jorge Miguel Lage Cerqueira
Rocío Elizabeth Chavez Alvarez
Antonio José Costa Cardoso
Jane Mary de Medeiros Guimarães*

Introdução

A Doença Falciforme (DF) é um exemplo de desordem hematológica genética e hereditária resultante de um defeito monogênico pontual autossômico recessivo que reduz consideravelmente a expectativa e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. O traço falciforme é determinado por um gene heterozigoto para a hemoglobina S, enquanto a anemia falciforme se caracteriza por dois genes homozigotos para a hemoglobina S. Essa doença se configura como um problema de saúde pública declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido a sua prevalência e gravidade. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2015), a cada ano nascem cerca de 3.500 crianças com doença falciforme, sendo a Bahia o estado com a maior incidência dos casos, afetando tanto a capital (Salvador) quanto os municípios do interior. Uma vez que a Doença Falciforme é uma doença crônica, sujeita a episódios de agudização e piora na qualidade de vida dos sujeitos por ela acometidos, há necessidade que estes tenham atendimento multidisciplinar em todas as etapas de vida, fazendo-se urgente que a Atenção Básica assuma o protagonismo na questão da Coordenação do Cuidado Integral garantindo acesso a todos os tipos de atendimento, incluindo o uso de imunobiológicos, medicamentos,

e acompanhamento necessários. Por atingir predominantemente a população afrodescendente, a pesquisa e a intervenção sobre a anemia falciforme são negligenciadas.

Anomalias genéticas, sejam elas causadas por mutações ou outros tipos de alteração gênica, interferem no processo de síntese proteica, alterando a função ou estrutura de determinadas proteínas. Quando tais anomalias atingem as células germinativas, podem ser transmitidas à prole, o que lhes dá um caráter hereditário/familiar. Esse funcionamento anormal prejudica a homeostase celular e é a causa de doenças, muitas delas incapacitantes, degenerativas ou de difícil tratamento (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013).

A anemia falciforme (AF) está entre as doenças hematológicas herdadas familiares mais comuns, sendo a de maior prevalência no Brasil e a mais grave entre os distúrbios falciformes (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003). É caracterizada, principalmente, por “anemia hemolítica crônica, susceptibilidade aumentada às infecções e episódios vaso oclusivos repetidos, associados às lesões orgânicas crônicas e crises dolorosas agudas” (SILVA; SHIMAUTI, 2006, p. 144). Contudo, suas manifestações clínicas são variadas, indo de casos assintomáticos até formas incapacitantes com altas taxas de mortalidade (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003).

A mutação que levou ao surgimento dessa doença - que data de 50 mil a 100 mil anos, no centro-oeste africano, leste asiático e Índia - é de causa desconhecida (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003). A hipótese mais aceita atualmente aponta para um fator protetor que o traço falciforme apresenta contra a Malária – doença infecciosa causada pelo protozoário do gênero *Plasmodium* e transmitida pela picada dos mosquitos do gênero *Anopheles*. Por essa razão, também há uma forte associação entre a transição do nomadismo para o sedentarismo, epidemias de malária e prevalência do traço falciforme (BRASIL, 2015).

Apesar de atingir principalmente a população negróide, sua ocorrência em indivíduos caucasianos não é impossível e vem crescendo especialmente no Brasil. O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) estima que nasçam anualmente 3.500 crianças com DF e 200.000 com traço falciforme no país (ARAÚJO, 2007). A taxa de mortalidade pode atingir 30% em crianças menores de cinco anos e acometer entre 0,1% e 0,3% dos afrodescendentes no Brasil (DI NUZZO; FONSECA, 2004).

A população negra continua sendo penalizada em diversos contextos sociais. O preconceito racial é muito evidente na sociedade brasileira atingindo a vida das pessoas que vivenciam a doença falciforme, visto que este agravo atinge, em sua maioria, pessoas de cor parda e preta. Essas pessoas negras têm menores oportunidades de acesso à educação, mercado de trabalho e, conseqüentemente, uma situação socioeconômica mais desfavorável. Além disso, a doença falciforme agrava esse quadro, impondo limitações à pessoa adoecida na tentativa de manter seu vínculo empregatício (FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2017).

Desta forma, a anemia falciforme se apresenta como um importante problema de saúde pública, e requer atenção integral a fim de promover qualidade de vida para os indivíduos acometidos. Para tanto, faz-se necessário a elaboração e atualização de políticas públicas fundamentadas em pesquisas científicas e nas demandas dos agentes sociais envolvidos. Nessa perspectiva, este estudo objetivou realizar uma revisão sobre a doença falciforme.

Patogenia da doença falciforme

A anemia falciforme caracterizada pela homozigose da hemoglobina S (SS) é, dentro do grupo de DF, a doença que apresenta maior número e gravidade de manifestações clínicas. Tal distúrbio congênito é acarretado por uma mutação no gene da

globulina beta, onde há a substituição da base nitrogenada timina (T) por uma adenina (A) na posição seis da cadeia. Como efeito, ocorre a substituição do aminoácido ácido glutâmico por valina na síntese proteica, polimerização da Hemoglobina S (HbS) e a falcização das hemácias (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003).

A vasocclusão é um fenômeno patológico que dá origem à grande parte dos sinais e sintomas dessa doença, dentre eles as crises álgicas, crises hemolíticas, úlceras de membros inferiores, síndrome torácica aguda, sequestro esplênico, priapismo, necrose asséptica de fêmur, retinopatia, insuficiência renal crônica, autoesplenectomia e acidente vascular cerebral (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003). Tais ocorrências patológicas relacionadas à anemia falciforme são resultado da produção da hemoglobina S pelo organismo que, com suas propriedades físico-químicas diferentes da proteína normal (hemoglobina A), alteram a forma e funcionamento das hemácias, conforme segue:

A hemoglobina mutante ($\alpha 2/\beta S 2$) possui propriedade físico-químicas bastante diferentes da hemoglobina normal devido à perda de duas cargas elétricas por molécula de hemoglobina (por causa da perda do ácido glutâmico). Exibe ainda diferente estabilidade e solubilidade, demonstrando uma forte tendência à formação de polímeros quando na sua forma de desoxiemoglobina (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003, p. 54).

Essas alterações físico-químicas deformam e enrijecem sua membrana celular, concorrendo para o surgimento do epifenômeno patológico que é a vasocclusão (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003).

Com a presença do aminoácido valina, na baixa pressão de oxigênio, a hemoglobina S sofre alterações moleculares que acarretam na formação de polímeros. Como consequência, um eixo axial é formado no interior da célula através do processo de nucleação quando mais fibras se alinham e alongam dando origem a estruturas

multipoliméricas. A velocidade desse processo está relacionada ao grau de desoxigenação, concentração intracelular de hemoglobina S e presença de hemoglobina F. O resultado final dessa polimerização é um eritrócito com forma de foice (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003). A falcização da hemoglobina e a vasocclusão podem ser desencadeados por diversos fatores, como estresse psíquico, frio, esforço físico, infecção, doenças associadas à hipóxia, desidratação e acidose (PORTH, 2010).

Como resultado do processo de polimerização, o eritrócito falcizado sofre perda de água e íons potássio (K⁺). A célula perde também sua elasticidade e capacidade de se deformar por causa do enrijecimento da membrana plasmática e aumento da viscosidade do citoplasma; por esse motivo, a hemácia torna-se incapaz de transitar livremente pelos vasos de menor calibre que compõem a microcirculação. Em associação com os fatores supracitados, há um aumento da adesão da hemácia ao endotélio vascular, mediada pelo complexo de integrina $\alpha 4\beta 1$, trombospondina, fator de von Willebrand e fibronectina, favorecendo assim a formação de trombos na circulação (GALIZA NETO; PITOMBEIRO, 2003). Os órgãos sofrem riscos decorrentes da lenta circulação do sangue, tensão de oxigênio e pH baixos. “A lesão dos tecidos é produzida principalmente por hipóxia resultante da obstrução dos vasos sanguíneos por acúmulo de eritrócitos falcizados” (SOUZA et al., 2016, p. 166).

Anemia hemolítica

A anemia hemolítica ocorre em indivíduos com anemia falciforme devido à curta sobrevivência das hemácias e destruição dos eritrócitos durante as crises de falcização. Com a hemólise, há a liberação de hemoglobina e da enzima arginase no plasma sanguíneo, tornando essas moléculas propensas a reações com outros compostos sanguíneos. A hemoglobina reage com o potente vasodilatador óxido

de nitrogênio (NO), consumindo-o. A diminuição de NO no endotélio inibe a vasodilatação, aumentando a resistência vascular com o consequente aumento da pressão sistólica (SOUZA et al., 2016).

Nesses casos, a anemia hemolítica pode estar relacionada à hipertensão pulmonar, sobrecarga cardíaca e retardo da maturação sexual. Contudo, os pacientes com anemia falciforme geralmente não apresentam os sintomas típicos da anemia hemolítica, pois sua hemoglobina tem a afinidade por oxigênio aumentada, o que permite a oxigenação dos tecidos e o aumento do rendimento cardíaco, mesmo sem a vasodilatação promovida pelo NO e com a queda dos níveis de hemoglobina (SOUZA et al., 2016).

Inflamação e infecção

As pessoas com doença falciforme podem apresentar crises álgicas devido à inflamação sistêmica que é capaz de precipitar a destruição dos glóbulos vermelhos e o aparecimento de infecções.

Segundo Kumar, Abbas e Aster (2013, p. 29),

A inflamação é uma resposta protetora que envolve células do hospedeiro, vasos sanguíneos, proteínas e outros mediadores e é destinada a eliminar a causa inicial da lesão celular, bem como as células e tecidos necróticos que resultam da lesão original e iniciar o processo de reparo. [...] Embora a inflamação auxilie na remoção das infecções e outros estímulos nocivos e inicie o reparo, a reação inflamatória e o processo subsequente deste podem, contudo, causar danos consideráveis.

O agravamento dos processos inflamatórios e o subsequente prejuízo à vascularização dos tecidos são características típicas da anemia falciforme. De fato, a formação de polímeros e a vasoclusão estão intimamente conectados à recorrência de inflamações crônicas com episódios agudos e ao desenvolvimento de diversas manifestações clínicas dessa doença (ZAGO; PINTO, 2007).

No organismo acometido, diversos fatores interligados se retroalimentam criando um ciclo permanente de inflamação crônica. Ao se aderirem ao endotélio vascular, os eritrócitos provocam obstrução e até hipóxia local que, por sua vez, agrava a falcização. Dessa forma, os efeitos das alterações das hemácias atingem o tecido e desencadeiam o processo inflamatório. Conseqüentemente, há um aumento da coagulação e, em casos mais graves, fibrose (SOUZA et al., 2016). A vasoclusão e subsequente inflamação crônica atingem, principalmente, os órgãos onde a tensão de oxigênio e o PH são baixos, e a circulação sanguínea é lenta, como, por exemplo, rins, fígado e baço. Estão relacionadas, ainda, à isquemia tecidual aguda, episódios de dor e anemia hemolítica (SOUZA et al., 2016).

Pacientes com anemia falciforme são mais suscetíveis a infecções por microrganismos encapsulados, sendo este o agravo mais recorrente. Até os cinco anos de idade, esses indivíduos sofrem auto-esplenectomia, fenômeno no qual a formação de cordões esplênicos pelos eritrócitos falcizados geram uma esplenomegalia, que evolui para trombose, atrofia e fibrose do baço. É importante ressaltar que o baço é um órgão linfóide que atua na maturação de células na imunogenicidade. A auto-esplenectomia juntamente com a asplenia funcional, que passa a ser permanente entre o sexto e oitavo anos de vida, são responsáveis por debilitar a resposta imunológica às infecções (SOUZA et al., 2016). Esses autores destacam, como principais agentes etiológicos associados a episódios de infecção bacteriana, o "*Streptococcus pneumoniae*, a *Salmonella spp*, o *Haemophilus influenzae B* (Hib), a *Escherichia coli* e alguns tipos de vírus associados à crise aplástica transitória, em especial o *parvovirus B19*" (SOUZA et al., 2016, p.170).

As infecções, quando associadas à hipóxia e à desidratação, retroalimentam a falcização dos eritrócitos impulsionando sua adesão a o endotélio vascular e à vasoclusão, o que, por sua vez, ativa citocinas inflamatórias. A disseminação de quadros infecciosos

pode ainda estar relacionada com quadros de otite média, infecção do trato urinário, meningites etc (SOUZA et al., 2016).

Aspectos psicossociais

O curso clínico da doença falciforme é um determinante na qualidade de vida dos pacientes, tendo em vista os sinais e sintomas, principalmente, durante as crises vaso oclusivas. Nesse sentido, os pacientes com doença falciforme necessitam de acompanhamento interprofissional mais intenso e políticas públicas no âmbito do acesso a tratamento, controle de comorbidades e atenuação de fatores sociais envolvidos no agravamento da doença.

Diante disso, o perfil dos indivíduos com alterações heterozigotas da hemoglobina S, majoritariamente negróide, é um importante fator agravante no processo de controle da doença. Cerca de 80% a 85% das pessoas com DF têm baixa escolaridade, o que reverbera nas condições socioeconômicas, principalmente o desemprego ou baixa remuneração (FELIX et al., 2010). Somado a isso, a população negra fica abaixo da média nacional, que é 71,2%, em relação ao acesso às consultas médicas em um ano (BRASIL, 2017). O diagnóstico da doença falciforme nos primeiros anos de vida é determinante para o prognóstico do paciente; entretanto, os estudos apontam que a média de idade no diagnóstico é de 8,4 anos, sendo que 12,8% dos pacientes descobrem a doença somente aos 20 anos (FELIX et al., 2010).

As dificuldades sociais somadas ao curso clínico doloroso da doença resultam em adoecimento psicológico. Os pacientes com doença falciforme, principalmente durante as crises vaso oclusivas, referem intenso sofrimento frente ao estigma da doença, limitações do cotidiano, perda da capacidade de trabalho e sentimento de inutilidade (LOBO et al., 2007). Nesse sentido, estudos revelam que o sentimento de tristeza/revolta foi observado em mais de um terço dos

pacientes, sendo associado a um maior número de crises dolorosas, com conseqüente procura ao serviço de saúde (FELIX et al., 2010).

Rede de Atenção

Devido à mobilização e à pressão de segmentos do Movimento Negro, em 2001 a DF passou a ser alvo do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) e em 2005 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (PNAIPDF) (SANTOS; GUIMARÃES, 2015). Desde então, o Ministério da Saúde tem publicado manuais e diretrizes que visam a educar profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a normatizar o manejo, as linhas de cuidado e os procedimentos relacionados às pessoas que convivem com essa doença.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF), oficializada pela portaria nº 1.391 de 2005, tem como diretrizes: (1) diagnóstico de hemoglobinopatias através da PNTN e busca ativa dos casos adultos ou infantis não diagnosticados; (2) promoção de uma atenção integral e multidisciplinar à saúde; (3) instituição de programas de capacitação e educação permanente para todos os sujeitos envolvidos; (4) aconselhamento genético para pessoas com DF ou portadoras do traço falciforme; (5) integração da PNAIPDF com a PNTN; (6) acesso aos tratamentos farmacológicos essenciais; (7) fomento de pesquisa e produção de conhecimento que beneficie as pessoas com doença falciforme (BRASIL, 2005).

Não obstante a presença deste e de outros marcos legislativos supracitados, a literatura científica aponta para a permanência de obstáculos históricos à atenção à saúde da pessoa com DF. Observa-se grande dificuldade em promover linhas de cuidado integral e multidisciplinar, que compreendam os sujeitos na sua totalidade. Tal é produto de uma marcante desvalorização da potencialidade da Atenção Básica de Saúde (AB) nas questões que envolvem a DF.

Segundo a PNAIPDF (BRASIL, 2005), a integralidade do cuidado acontece através do “atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede”. Nesse contexto, compete à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): (1) diagnosticar a DF; (2) garantir a vinculação desses sujeitos nos programas que competem a sua idade e sexo; (3) promover ações de autocuidado e educação em saúde sobre a DF para os pacientes, famílias e comunidade; (4) atender as demandas dentro de sua complexidade ou referi-las a unidades especializadas, quando necessário; (5) disponibilizar informações e orientação a pessoas com traço falciforme (TF) em idade fértil; (6) realizar busca ativa e monitorar a adesão ao tratamento; (7) disponibilizar acompanhamento nutricional, odontológico e psicológico; (8) sinalizar aos demais serviços que se trata de uma pessoa com DF tendo em vista a prioridade no atendimento (GOMES et. al., 2019).

Nessa perspectiva, a AB tem grande potencial integrador e resolutivo no cuidado da pessoa com DF, não só pela presença de uma equipe multiprofissional, mas também por estar integrada a um território, aumentando a possibilidade de acesso e identificação do usuário pelo serviço. Porém, prevalece descontentamento do usuário com a UBS e discursos que apontam para falhas da AB em mostrar resolutividade para as questões referentes às complicações típicas da DF, em acolher o usuário, em referir as complicações aos centros especializados e em promover o autocuidado (GOMES et. al., 2019).

Concomitantemente, os estudos descritivos seguem demonstrando que a assistência à saúde de pessoas com DF ainda é marcada por práticas fragmentadas e discriminatórias frente à raça e à classe social do usuário. Na esfera social, esses sujeitos continuam enfrentando estigmas, exclusões e desconhecimento

acerca da própria saúde. Silva, Mota e Trad (2020) alertam para a incompatibilidade dos princípios do SUS com a manutenção biomédica que alia ideias de prevenção com pressupostos racistas e eugenistas, fato que ainda é observado diariamente pelas mulheres negras com DF. A consequência é a normalização de tratamentos descorteses e a desvalorização das queixas de dor e sofrimento desses usuários, situações que parecem estar intimamente relacionadas com sua negritude e poder econômico (CORDEIRO; FERREIRA, 2009).

Algumas experiências exitosas estão sendo desenvolvidas para facilitar o acesso das pessoas com DF quando estas precisam de Atenção Especializada, conforme segue:

[...] Centro de Educação e Apoio para as Hemoglobinopatias (Cehmob), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde há um serviço de call center 24 horas para esse fim, realizado em parceria com a Fundação Hemominas, e que atende todo o estado de Minas Gerais. Outro exemplo é o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio de Janeiro (Hemorio) (BRASIL, 2015, p.18).

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através do seu portal, informa um investimento na ordem de R\$ 7,3 milhões, entre obras e equipamentos para a instalação do Centro de Referência em Doença Falciforme, em Salvador, sob a gestão da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia (HEMOBA), referência no atendimento a pacientes com DF. O centro será equipado para realizar atendimento ambulatorial nas especialidades de hematologia, ortopedia, hepatologia, oftalmologia, nutrição, psicologia, odontologia, fisioterapia, serviço social, assistência farmacêutica, endocrinologia, cardiologia e enfermagem. Além de monitorar e atender as pessoas com DF, o centro vai investir em pesquisas nessa temática.

Ademais, Lopes e Gomes (2018) inferem que a valorização do convivente com a DF no seu processo de cuidado, tornando-o

protagonista, aumenta a aceitação da doença e conseqüentemente estimula o autocuidado. Para isso, os autores propõem que as equipes da rede de atenção superem os estigmas e coloquem em evidência a intersubjetividade dos pacientes com DF, através do diálogo e do respeito aos princípios do SUS.

Considerações finais

Na anemia falciforme, a vasclusão ocasionada pelo mau funcionamento das hemácias pode debilitar diversos órgãos e causar crises de dor que reduzem a qualidade de vida. As manifestações clínicas mais comuns como, por exemplo, anemia hemolítica, quadro de inflamação crônica, propensão a infecções, úlceras em membros inferiores e priapismo causam intenso sofrimento, interferem nas práticas cotidianas e podem incapacitar os portadores da doença. Suas características de doença hereditária, crônica e ainda incurável reafirmam a importância de uma atenção integral e humanizada, voltada também para a educação em saúde e autocuidado.

O diagnóstico precoce e o acompanhamento permanente podem reduzir o impacto da doença na vida do indivíduo, bem como hidratação e nutrição adequada. Contudo, sendo um problema de saúde pública, faz-se necessário elaborar estratégias de prevenção e promoção de saúde voltadas ao coletivo de populações de risco, não somente ações de reparo à saúde dos sujeitos individualmente.

Por outro lado, a ênfase em aspectos biomédicos e patológicos da atenção à saúde de pessoas com DF reforça a segregação destas em centro especializados e a oferta de serviços pontuais e fragmentados dentro das instituições de saúde, produtos de uma história de segregação racial e socioeconômica que também dificultam a formação de vínculo com a UBS.

A maioria dos portadores de DF é diagnosticada pouco após o nascimento, e precisará ser acompanhada e tratada durante toda a vida devido à cronicidade da doença. Considerando que muitos desses

sujeitos se encontram nas classes economicamente mais baixas, a vinculação, a acessibilidade, a integralidade e a humanização dos serviços de saúde têm impacto significativo na qualidade de vida e bem-estar dessa população, o que reafirma a necessidade de produção científica sobre o tema, de alimentação das bases de dados por parte dos serviços de saúde e de implementação de programas de educação popular em saúde.

Referências

ARAÚJO, P. I. C. O autocuidado na doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, n. 3, p. 239-246, 2007.

BRASIL. **Doença falciforme**: diretrizes básicas da linha de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1391, de 16 de agosto de 2005: Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial da União**, 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 352-358, 2009.

DI NUZZO, D. V. P.; FONSECA, Silvana F. Anemia falciforme e infecções. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 347-354, 2004.

FELIX, A. A.; SOUZA, H. M.; RIBEIRO, S. B. F. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, n. 3, p. 203-208, 2010.

FIGUEIRÓ, A. V. M.; RIBEIRO, R. L. R. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 88-99, 2017. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n1/88-99/>> Acesso: 14 abr 2020.

GALIZA NETO, G. C.; PITOMBEIRA, M. S. Aspectos moleculares da anemia falciforme. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 39, n. 1, p. 51-56, 2003.

GOMES, I. L. V. et al. **Doença Falciforme: saberes e práticas do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2019.

KUMAR, V. et al. (EDS.). Robbins basic pathology. 9th ed ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, 2013.

LOBO, C.; MARRA, V. N.; SILVA, R. M. F. Crises dolorosas na doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v.29, n.3, p. 247-258, 2007.

LOPES, W. S. L.; GOMES, R. A participação dos conviventes com a doença falciforme na atenção à saúde: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3239-3250, 2020.

PORTH C.M.; MATFIN G. **Fisiopatologia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010. 2v

SILVA, G. S.; MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. Racismo, eugenia e doença falciforme: o caso de um programa de triagem populacional. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 2, 2020.

SILVA, M. C.; SHIMAUTI, E. L. T. Eficácia e toxicidade da hidroxiuréia em crianças com anemia falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 28, n. 2, p. 144-148, 2006.

SOUZA, J. M. et al. Fisiopatologia da anemia falciforme. **Revista Transformar**, v. 8, n. 8, p. 162-178, 2016.

ZAGO, M. A.; PINTO, A. C. S. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, n. 3, p. 207-214, 2007.

Autonomia/autocuidado: triálogo na atenção básica

*Mariana Machado Aragão
Rocío Elizabeth Chavez Alvarez*

Introdução

As Equipes de Saúde da Família (EqSF) desenvolvem na Atenção Básica (AB) inúmeras estratégias para enfrentar a alta demanda das unidades de saúde: implantação do acolhimento, acesso avançado, ampliação das agendas para diminuir bloqueio de acesso, terceiro turno, são alguns exemplos pensados e desenvolvidos quando se discute a utilização do serviço de saúde (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016). De todo modo, estas estratégias procuram modificar o processo de trabalho do profissional ou equipe, mas a alta demanda permanece. Poucas estratégias se debruçam sobre o que fazer sob a ótica do usuário do serviço de saúde.

Observa-se, ao se revisitar os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, um grande número de pessoas que hiper utilizam os serviços de saúde, com queixas simples e que, em sua maioria, giram em torno do autocuidado (BRASIL, 2013). Além disso, o serviço não consegue mobilizar estes pacientes no seguimento da busca pela autonomia e autocuidado, o que mantém o ciclo de atendimentos pontuais, superficiais e sucessivos, na maior parte das vezes.

Não raramente, o que se vivencia é uma angústia por parte do profissional de saúde de não ser capaz, individualmente ou enquanto equipe, de satisfazer as necessidades e demandas de saúde da população atendida, contribuindo, de tal modo, para a diminuição da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. A síndrome de Burnout (MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015) e a rotatividade dos

profissionais são algumas formas de como se expressam, também, as consequências de uma alta demanda dos serviços (CAMPOS; MALIK, 2008).

Nesse sentido, esta revisão teórica teve o objetivo de discutir a relação da autonomia e autocuidado com as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF), e como estes conceitos estão relacionados com a medicalização social, sob o triálogo de Ivan Illich (1975), Charles Tesser (2006a, 2006b) e Roberto Nogueira (2003a, 2003b), principalmente.

Caminho do triálogo

A partir da revisão da literatura sobre a temática da autonomia e do autocuidado na Atenção Básica, campo teórico da dissertação da primeira autora, buscou-se construir diálogos entre os teóricos pesquisados, na compreensão desses conceitos. A primeira etapa surgiu do questionamento: A ESF tem contribuído para a promoção da autonomia/autocuidado dos sujeitos como instrumento contra a medicalização social? Segue-se a busca teórica com teóricos e suas obras, de acesso público na internet.

De aproximadamente 30 obras consultadas de acesso público, duas se destacaram por suas convergências e contraposições aos conceitos do tema, 'Medicalização social I' (TESSER, 2006a) e 'Medicalização social II' (TESSER, 2006b), de Charles Tesser. Esses artigos foram meios para encontrar as outras duas fontes principais que iriam compor o triálogo motivo desta análise teórica, "A expropriação da saúde", de Ivan Illich (1975), e "A saúde pelo avesso", de Roberto Nogueira (2003a). Durante a revisão dessas fontes, foi possível perceber como os três autores se debruçaram a discutir o cenário da medicina moderna e, assim, estabelecer uma linha de triálogo em que esses conceitos pudessem conversar.

Para tanto, foi inevitável a busca pelos conceitos de autonomia de Illich (1975) e Nogueira (2003a), que nos levou ao conceito de

autonomia de Kant (SCHERER, 2011), para dar embasamento a esta revisão e, pelo conceito de autocuidado, fomos direcionados pela descoberta da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem a partir do estudo teórico de Queirós, Vidinha e Almeida Filho (2014).

O caminho teórico-conceitual, então, dividiu-se em “Desafios da Atenção Básica”, “Triálogo dos conceitos”, “Autonomia/Autocuidado” – conceitos relacionais –, e “A busca da Autonomia/Autocuidado”, encerrando com as considerações finais do tema.

Desafios da atenção básica

A Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 1994 vem se consolidando enquanto política nacional da reestruturação da Atenção Básica (AB). A cobertura da ESF tem se expandido nos últimos anos em todo o território nacional e, atualmente, é entendida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2017).

O papel fundamental da ESF está na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, de maneira integral, entendendo o indivíduo no seu contexto. Para tanto, compreende o autocuidado como ferramenta para o enfrentamento de muitas situações de saúde-doença, estimulando assim, pelo menos em seus princípios norteadores, a autonomia do indivíduo (BRASIL, 2017).

Entretanto, a ampliação da ESF tem sido um desafio na estruturação da AB tanto no que tange à cobertura nacional quanto no que se refere ao modelo de atenção e assistência vigente nas unidades de saúde (BRASIL, 2017). De maneira que, garantir que a autonomia e o autocuidado sejam ferramentas utilizadas pelas equipes no cuidado integral é um desafio constante, e traz seus conceitos e a formação destes profissionais à discussão.

Para Pacheco e Antunes (2015), a equipe precisa refletir sobre as possibilidades e alternativas para melhorar a saúde dos usuários

e, dentre essas potencialidades, citam estar atentos ao estado mental e social dos usuários, ao estabelecimento de uma boa comunicação entre os envolvidos, à formação de grupos utilizando as rodas de conversa para favorecer a reflexão e ao compartilhamento de ideias e de saberes. Tais autores acreditam que, ao estar sensibilizada e informada, a comunidade tem acesso às informações e pode desenvolver características intrínsecas, e, na busca pelo seu bem-estar, as pessoas compreendem sobre o cuidar de si, tornando-se o autocuidado uma prioridade nas suas vidas.

Já na visão de Santos, Mishima e Merhy (2013):

[...] um cenário com indicadores marcados por profunda desigualdade social, desemprego, pobreza e violência, revela as múltiplas e profundas necessidades da comunidade em todas as dimensões, chegando os usuários ao serviço, **carentes de** boas condições de vida, tecnologias adequadas para manejo do sofrimento, relações de afeto e vínculo com a equipe de saúde e desenvolvimento de autonomia para levar a vida (SANTOS, MISHIMA e MERHY, 2013, p. 866).

Triálogo dos conceitos

Ao aprofundar no tema da medicalização social, nota-se que a medicina vem se ocupando, desde sempre, da identificação, categorização de doenças e cura. Mas, na medida em que o próprio conceito de saúde e doença foi mudando, mudou também a forma como a ciência decidia suas intervenções. Saúde já foi o equilíbrio entre os fluidos corporais, pela visão de Hipócrates (460-377 a.C.), e já foi entendida como o silêncio dos órgãos, no conceito de François Xavier Bichat (1771-1802). De qualquer modo, a medicina, ora de maneira ritualística, como na medicina grega, ora mágico-religiosa, como no antigo Egito, ou mesmo nas concepções científicas da medicina atual, está sempre imbuída da permanente busca pela cura (SCLIAR, 2007).

Mas a própria relação com a cura vem passando por transformações. Ivan Illich (1975), polímato austríaco, em seu livro “A expropriação da saúde”, refere que:

[...] curar não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente. Quando esse terceiro surge e cobra seus serviços, curar passa por uma primeira transformação: muda de dom para mercadoria. Quando o terapeuta se torna escolarizado, curar transforma-se de um simples serviço, num mister profissional. Quando o sentido transitivo domina a linguagem, o funcionário provedor de cura obtém o monopólio. O que é abundante, gratuito e de grande valor torna-se alguma coisa que, por definição, é rara, tem um custo monetário de produção e um preço de mercado. Curar não é mais então uma atividade, mas uma mercadoria (ILLICH, 1975, p. 63).

Com base na análise de Illich (1975), a cura, presente antes na dimensão do sujeito, agora representa o objeto exclusivo da ciência, de valor e limitado ao poder de alguns. O ato de curar faz parte do mercado científico e, assim, tem preço e dono. Ainda nessa perspectiva, a cura não é o único bem de consumo deste mercado, mas a juventude e a imortalidade.

Desde que se deseja a imortalidade, a humanidade está na busca ansiosa pela cura física, espiritual, social e psíquica. Deseja-se o corpo e mente saudáveis, em equilíbrio perfeito com as emoções, com a espiritualidade e com os que nos rodeiam. A incoerência se dá por ser uma busca ansiosa. Não há uma tentativa genuína de equilíbrio, seja como propôs Hipócrates, ou como propõe a medicina oriental, mas uma necessidade tal que, segundo a perspectiva de Ivan Illich (1975), a busca desmedida pela saúde está sendo produtora de doenças.

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) cataloga a saúde como o “completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”

e, provavelmente, essa ideia de que é possível viver em completo “bem-estar” gera a frustração de ser inatingível. Gêrvás e Fernández (2016), em seu livro “São e Salvo”, trazem que:

[...] essa definição é o germe que leva ao paradoxo da saúde, porque ninguém consegue tal estado de saúde, exceto, talvez, durante o orgasmo. [...] estar saudável é, primeiro, estar vivo e ser consciente disso [...] é aproveitar a vida com suas inevitáveis complicações. Em geral, a saúde não é percebida, é um pouco como o ar que respiramos, de que apenas sentimos falta quando não o temos (GÉRVAS e FERNÁNDEZ, 2016, p. 21).

Mas, o que se tem percebido, é que há uma busca incessante pelo completo bem-estar físico e mental, o que tem gerado sobre-esforços para alcançá-lo, incluindo a perda de autonomia.

Em sua crítica, Illich (1975) revela que:

[...] acima de determinado nível de esforços, a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal (ILLICH, 1975, p. 9).

Assim, Illich (1975) define um termo pouco usual de ser refletido e analisado na Atenção Primária à Saúde – contraprodutividade – que, ao seu modo de ver, também se dá no campo da saúde, na medida em que o acesso aos serviços de saúde vem se ampliando em tecnologia, diagnósticos e profissionais. Quando a demanda aumenta não pela necessidade, mas, neste caso, pelo excesso de recursos, resulta que, quanto mais recursos, mais as pessoas sentem que devem fazer uso deles.

Objetivamente, a oferta dos serviços de saúde, cada vez mais complexa, industrial e mercantilizada, ocasiona que a saúde passe a ser considerada como bem econômico (VIANA; ELIAS, 2007), não acessível à maioria da população, ao mesmo tempo em que os

remédios caseiros são negados ou desqualificados por essa lógica de mercado.

A contraproduktividade, então, resulta em adoecimento. Uma das formas de adoecimento provocada por esse modelo de saúde é o que Illich (1975) chamou de iatrogênese, dividida, por ele, em três possibilidades: iatrogênese clínica, social e cultural ou estrutural. A primeira consiste em danos provocados à saúde pelo abuso das intervenções médicas; a segunda refere-se aos danos ocasionados pela dependência das prescrições médicas, que gera uma desarmonia entre o sujeito e seu grupo social; a terceira, foco de nossa reflexão, é a perda da autonomia para lidar com a maior parte das enfermidades, transferindo a responsabilidade da saúde aos seus profissionais (NOGUEIRA, 2003b).

A iatrogênese cultural ou estrutural, definida por Illich (1975), é a transferência do domínio do próprio corpo para o saber científico e seu elenco, o que ele chama de “colonização médica”, ou seja, o indivíduo, antes sujeito de sua saúde, dono do seu corpo e agente do seu processo saúde-doença-saúde, é agora paciente, passivo nas decisões pensadas e colocadas pela ordem da ciência, detentora do conhecimento absoluto, intocável e blindado. Ainda que, contraditoriamente, sofra mudanças ao longo dos tempos.

Entretanto, assim como a saúde, a autonomia não pode ser considerada valor absoluto, estático, mas como processo dinâmico, que inclui perdas e ganhos gradativos (CAMPOS; CAMPOS, 2006). E, portanto, a busca pela saúde plena é fantasiosa.

Em estreito diálogo com o conceito trazido por Illich (1975), Nogueira (2003a) propõe a noção de “higiomania” moderna que, em seu livro “A saúde pelo avesso”, explica que o próprio Illich deixou escapar o que seria um aspecto da iatrogênese cultural, a busca pelo corpo perfeito, ou percepção obsessiva do corpo, como sendo:

[...] algo que passou a fazer parte definitivamente de um estilo de vida altamente tecnificado da

contemporaneidade. Tal estilo de vida, que se funda na idolatria do corpo e da saúde do corpo, não é criado por uma simples expropriação profissional: é alimentado pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria da "dieta" e pela indústria em geral, e, enfim, pelos que estão sempre interessados em vender esse novo produto: o autocuidado (NOGUEIRA, 2003a, p. 59).

Ou seja, em busca da perfeição, transfere-se a responsabilidade do cuidado de si para a ciência. O sujeito, em sua busca ilimitada pela juventude e imortalidade, coloca-se como objeto de uso da ciência, em suas teorias, práticas e condutas fortuitas para este fim (ILLICH, 1975). Mas, não só isso, o que a sociedade vende hoje não é apenas o bem da cura, mas a saúde como mercadoria, como forma de *status*, vinculada à ideia fantasiosa do autocuidado.

Como resultado disso, vem à luz o fenômeno discutido por Charles Tesser (2006) sobre a medicalização social, que pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. Tanto a medicina extrapola seus limites técnicos, científicos e sociais como o indivíduo transfere, de maneira iludida, suas responsabilidades com seu corpo.

Assim, o indivíduo, antes agente do seu processo de saúde-doença, identificando-se como dono do seu corpo, se vê diante de um processo de medicalização da vida, de hospitalizações das doenças, com sobrediagnóstico, excesso de demanda e negação do conhecimento popular, individual e coletivo. Esse indivíduo, ao mesmo tempo, busca a imortalidade e a juventude duradoura, com a cura de seus males físicos e psíquicos, potencializada pela higiomania, promovendo o que Tesser (2006a, 2006b) chamou de medicalização social. Tal processo é retroalimentado pela estrutura biomédica, hegemônica, provocando em diversas ocasiões iatrogênese e excesso de procura aos serviços de saúde (TESSER, 2006a, 2006b; ILLICH, 1975; NOGUEIRA, 2003a; GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Nesse sentido, Sancho, Pfeiffer e Corrêa (2019) relembram Tesser, para quem o monopólio biomédico, a indústria científica de exames e de imagem, e terapêuticas monopolizadas pela indústria farmacêutica conduziram à alienação ética/epistemológica e de desresponsabilização social, na aposta pela missão médica curadora. Assim, consideram contraditória a crítica do Ministério da Saúde ao atendimento queixa-conduta, devido a que o mesmo submete aos profissionais médicos este tipo de atendimento, que reduz a saúde à medicalização e onde o funcionamento do Estado segue a lógica da medicalização neoliberal, dado que números e consumo de remédios são os que produzem e equivalem à saúde e dão acesso à mesma, ou seja, o consumo segue a constituição da política farmacêutica.

Autonomia/autocuidado – conceitos relacionais

A partir da discussão anterior, delimitamos os conceitos de autonomia e autocuidado, ainda que de modo preliminar, no intuito de uma aproximação das discussões complexas, interminas e densas dos debates na literatura sobre esse tema.

O termo Autonomia deriva do grego *autônomos* (*auto*, “de si mesmo”, e *nomos*, “lei”, ou seja, “aquele que estabelece suas próprias leis”), e vem sendo discutida no campo da filosofia, da ética e da bioética por diferentes autores focalizando duas principais condições: liberdade e ação. Assim, a moral kantiana estabelece o seu fundamento na autonomia, para cuja efetivação subentende-se a necessidade da liberdade, a capacidade de pensar e agir por si mesmo. Segundo Kant (*apud* SCHERER, 2011), “todo ser humano, na medida em que é racional, pode alcançar a autonomia, ou seja, ele mesmo pode dar a direção à sua vida [...] basta apenas que tenha atitude para fazer uso de seu próprio entendimento, isto é, de pensar por si mesmo”.

Assim, para Kant, a autonomia é absoluta, nenhum motivo, independente da ordem, é capaz de interferir na autonomia do indivíduo

(SCHERER, 2011). Entretanto, por ora, não cabe a confrontação de todo o conceito de autonomia que Kant traz, mas transitar sobre as inúmeras discussões sobre o tema que se aproximam do conteúdo e do debate desta revisão. A autonomia, para outros autores, seria a liberdade para a tomada de decisão de forma, então, racional, mas esta liberdade não estaria livre de interferências, internas ou externas (SÁ; OLIVEIRA, 2007).

Assim, numa aproximação kantiana, Muñoz e Fortes (1998) entendem que, para exercer a autonomia de forma mais plena possível, é importante que se tenha alternativas, caminhos, ou que se possa criá-los, pois se há apenas um caminho, não pode haver autonomia.

Sob esse entendimento, Charlesworth (1996) defende que:

Ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e sentir-se autônomo se está angustiado pela pobreza, privado da educação básica ou se vive desprovido da ordem pública. Da mesma forma, a assistência à saúde básica é uma condição para o exercício da autonomia [...] (CHARLESWORTH, 1996, p. 131).

Isto é, para se exercer a liberdade de escolha, prevê-se alternativas. Portanto, considerando a moral kantiana, a autonomia traz em si ação libertadora onde nenhum motivo é capaz de interferir na autonomia do indivíduo (SCHERER, 2011); entretanto, outros autores agregam que é impossível exercer autonomia quando se está angustiado pela pobreza (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; CHARLESWORTH, 1996).

Desse ponto de vista, a assistência à saúde depara-se com um grande desafio. Por um lado, a pobreza limita ou impossibilita o exercício da autonomia, dado que o número de alternativas de escolha é mínimo, muitas vezes. Por outro lado, a autonomia é intrínseca à pessoa e, sendo assim, de acordo com as atribuições dos profissionais da Atenção Básica, deve ser estimulada de maneira

que o indivíduo possa exercer livremente sua vontade, considerando que “o corpo, a dor, o sofrimento e a doença são da própria pessoa” (MUÑOZ; FORTES, 1998, p. 58). Equivale, então, à autonomia a possibilidade de escolher, ainda que esta escolha esteja fora dos padrões hegemônicos sociais. Entretanto, não se entende essa liberdade como livre de interferências externas, incondicional; ao contrário, é uma liberdade em que está implicada a constituição deste indivíduo, assim como o meio em que vive (SÁ; OLIVEIRA, 2007).

A autonomia seria, então, o oposto da *heteronomia*, em que o indivíduo segue as regras de outro ou outros. A palavra *heteronomia* (*hetero*, “diferente”; e *nomos*, “lei”), está ligada à aceitação das regras de outrem. Assim, há uma submissão do indivíduo aos valores da tradição e obediência, sem crítica aos costumes, quer por conformismo, quer por temor da reprovação da sociedade ou dos deuses (SANT’ANA, 2009).

Além disso, o conceito de autonomia discutido em “A expropriação da saúde” (ILLICH, 1975), ou em “A saúde pelo avesso” (NOGUEIRA, 2003a), traz consigo o conceito de responsabilidade. E, neste ponto da análise, cabe resgatar que não se trata apenas da transferência da responsabilidade ao profissional/ciência, mas assumir a responsabilidade que vem com a liberdade de escolher. Assim, como disseram Muñoz e Fortes (1998), assumindo suas curas e males.

O autocuidado, então, não como bem de consumo, mas como o cuidado a si mesmo, numa perspectiva também autônoma, está relacionado com a compreensão que o indivíduo tem sobre o que significa cuidado e cuidar-se, e, portanto, poder decidir sobre como agir, da melhor maneira para si. Para Soderhamn (*apud* QUEIRÓS; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014), “a capacidade de autocuidado só é afirmada quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar”. Ou seja, tanto o autocuidado quanto a autonomia

buscam uma relação de si mesmo com seu próprio universo, seus entendimentos e suas escolhas.

A Teoria do Déficit do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem (*apud* QUEIRÓZ; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014), entende tal conceito como a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, podendo ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal (QUEIRÓZ; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014).

Assim, no campo da saúde, entende-se que esses conceitos relacionais são capacidades do sujeito, que o tornam apto a agir sob sua liberdade de escolha com o propósito do seu bem-estar. Dessa maneira, pode utilizar e desenvolver ferramentas que produzam parcial independência dos serviços de saúde, de seus profissionais e da própria ciência biomédica hegemônica. Desta forma, este trabalho é convidativo para a reflexão sobre a autonomia e o autocuidado, no âmbito da saúde e da ESF, na contramão da medicalização social.

A busca da autonomia/autocuidado

Para analisar como a ESF pode ser uma estratégia para a promoção da autonomia do sujeito, primeiramente, é importante seguir a racionalidade dos conceitos trazidos por Illich (1975), Nogueira (2003b) e Tesser (2006a, 2006b). Para Illich, houve um tempo em que os sujeitos eram responsáveis pela cura de si mesmos e do seu meio, através do saber popular e cultural. A esses valores, Illich (*apud* NOGUEIRA, 2003b) deu o nome de “vernacular”, ressaltando que:

Necessitamos de um adjetivo simples para designar os valores que queremos defender [...] e esse adjetivo tem de ser amplo o suficiente para referir-se à alimentação e linguagem, parto e criação, sem que implique uma atividade privada ou um procedimento reacionário. Ao falar de uma

linguagem vernacular, estou querendo trazer à discussão a existência de um modo vernacular de ser e fazer que se estende a todos os aspectos da vida (NOGUEIRA, 2003b, p. 66).

Assim, Illich (1975) traz para a discussão um novo termo que permite avaliar o modo como os sujeitos se relacionam com sua saúde, e seus processos de adoecimento-cura. O termo “vernacular” significa tudo o que é feito ou criado em casa, contrapondo-se ao que é externo, estrangeiro.

De todo modo, ao perder o sentido da cura, do bem-estar, e da saúde, considerando, inclusive, a própria perda de autonomia do indivíduo, a análise de Illich (1975) se confirma. A saúde, como bem-estar, e a autonomia, na expressão da ação libertadora, deixaram de orientar a trajetória da medicina, sendo, quase que exclusivamente, vistas como mercadorias.

Então, não é estranho que as situações da vida, seja por luto, doenças simples transitórias, aspectos da personalidade dos indivíduos, e outras, sofram processo de medicalização e demandem tratamento, dado que tais situações são transformadas em mercadoria (TESSER, 2006b).

Assim, não causa espanto que a própria saúde, o corpo perfeito, a vida perfeita, tenham sofrido o processo de mercantilização e se tornado dependentes àqueles que entram nesse processo obsessivo: a higienomania. Nesse cenário, assim como a ausência de doença, a saúde também é considerada bem de consumo, o que contribui para as altas demandas das unidades de saúde e a busca pelos serviços de saúde (TESSER, 2006b).

A autonomia kantiana prevê ação e liberdade, propondo o “fazer-se a si” e “fazer por si” (ILLICH, 1975; NOGUEIRA, 2003a). Mas o que se tem percebido é que os sujeitos estão agindo menos, sendo mais passivos, enquanto os serviços/profissionais têm sido mais prescritores e agentes.

Resgata-se, assim, a análise de Charlesworth (1996), que discute a autonomia a partir da possibilidade de escolhas, considerando que a pobreza é fator importante para a perda de autonomia, dado que diminui as possibilidades de escolhas.

Sobre essa possibilidade, e sabendo que a ESF trabalha com público-alvo de grande vulnerabilidade social, não causa estranheza que os seus sujeitos ao perder, ainda que parcialmente, a capacidade de exercer a autonomia transfiram, para os serviços de saúde, a responsabilidade de sua saúde. De certo, esse fenômeno não é exclusivo das populações em condições financeiras menos favorecidas, mas também está em harmonia com o aumento da demanda nas unidades de saúde da Atenção Básica.

Se o exercício da autonomia é limitado pela escassez de escolhas, somado à construção cultural da transferência da responsabilidade da saúde e à medicalização da vida, desse modo, a promoção do autocuidado, pelos conceitos da teoria de Orem (QUEIRÓZ; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014), é afetada. Nesse cenário, situações do cotidiano da vida são encaradas como doença, e os sujeitos esperam que o serviço de saúde tenha soluções. O desfecho esperado é que mais pessoas procurem as unidades de saúde aumentando a demanda espontânea.

Nesse contexto, as equipes da ESF têm grande desafio contra-hegemônico, servindo de instrumento contra a medicalização social e pela promoção da autonomia/autocuidado, o que será possível, apenas, quando os profissionais estiverem conscientes desse papel.

Entender que a ciência biomédica vive uma trajetória medicalizante e mercantilista é o primeiro passo para contrapor o cenário. Há uma intensa multiplicação deste estilo de vida, em que o consumo é sinal de *status* e poder e a saúde tem sido mais uma mercadoria. Contudo, entender o processo e retomar práticas populares, culturais e vernaculares pode ser uma estratégia para estimular a autonomia do sujeito, ao passo que se entende a importância de exercer menos o poder prescritivo e mais

compartilhado e centrado na pessoa e na família, contribuindo para uma ação libertadora do indivíduo dentro dos seus conceitos e suas práticas cotidianas de saúde e bem-estar.

Assim, lançar mão de estratégias que coloquem o sujeito como agente de sua própria saúde, estimulando práticas dos saberes populares e vernaculares, pode ser útil na construção de um modelo de saúde menos prescritivo e mais compartilhado.

Considerações finais

É importante trazer à tona discussões sobre o *modus operandi* da medicina e como as instituições de saúde e os indivíduos conduzem os processos de saúde e adoecimento.

Compreender que o modelo econômico e social atual interfere não apenas no entendimento do que é saúde e autonomia, mas, também, em como lidamos com a perda (e ganho) parcial e com a dinâmica desses valores, é indispensável para construir uma nova maneira de enfrentar as inevitáveis complicações da vida. A partir daí, pode-se construir, verdadeiramente, relações interpessoais e com as instituições que sejam saudáveis e com autonomia, permeadas pelo autocuidado, buscando não a plenitude ou a totalidade, mas a felicidade de todos os envolvidos nesse processo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, mar./abr. 2008. doi: 10.1590/S0034-76122008000200007.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In*: CAMPOS, G.W. S. et. al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 669-88.

CHARLESWORTH, M. **La bioética en una sociedad liberal**. v. 3. Cambridge: Akal, 1996, 220 p.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface** (Botucatu), v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012. doi: 10.1590/S1414-32832012005000020.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **São e Salvo**: e livre de intervenções médicas desnecessárias [recurso eletrônico]. Tradução: Marcela Ceci Dohms, Gustavo de Araújo Porto Landsberg; Revisão técnica: Gustavo Diniz Ferreira Gusso. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

MORELLI, S. G. S.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. da. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9, 31 mar. 2015. doi: 10.5712/rbmfc10(34)958.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. *In*: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

NOGUEIRA, R. P. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminare Editora, 2003a.

NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface** (Botucatu), v. 7, n. 12, p. 185-90, fev. 2003b. doi: 10.1590/S1414-32832003000100022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

PACHECO, A. E.; ANTUNES, M. J. M. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na atenção primária em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, p. 2907-18, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3288>>. Acesso em: 09 maio. 2019.

QUEIRÓS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. dos S.; ALMEIDA FILHO, A. J. de. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n. 3, p. 157-64, dez. 2014. doi: 10.12707/RIV14081.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, mar. 2016. doi.: [org/10.1590/S0103-73312016000100007](https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007).

SÁ, L. V.; OLIVEIRA, R. A. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 12, n. 1-2, p. 5-14, 7 nov. 2007. doi: 10.11606/issn.2317-2770.v12i1-2p5-14.

SANCHO, K. A.; PFEIFFER, C. R. C.; CORRÊA, C. R. S. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. **Interface** (Botucatu), 23, e170633, 2019. doi: [org/10.1590/interface.170633](https://doi.org/10.1590/interface.170633).

SANT'ANA, R. B. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. Mead. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 467-77, out./dez. 2009. doi: 10.1590/S0102-37722009000400002.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-70, mar. 2018. doi: 10.1590/1413-81232018233.03102016.

SCHERER, B. B. Considerações sobre o conceito de autonomia em Kant. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA MORAL E POLÍTICA, 2. 2011, Pelotas. **Anais** 2011 nov. 7-10. Pelotas: BR UFPel. Disponível em: <http://cifmp.ufpel.edu.br/anais/2/cdrom/mesas/mesa4/02.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41. jan./abr. 2007. doi: 10.1590/S0103-73312007000100003.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface** (Botucatu), v. 10, n. 19, p. 61-76, jan./jun. 2006a. doi: 10.1590/S1414-32832006000100005.

TESSER, C. D.. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface** (Botucatu), v. 10, n. 20, p. 347-62, jul./dez. 2006b. doi: 10.1590/S1414-32832006000200006.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1765-1777, nov. 2007. doi: 10.1590/S1413-81232007000700002.

Produção de cuidado e saberes em saúde mental

Ariane Carvalho Bacelar

Andressa Lima Porto

Enyo Arruda Santos

Giovanna Lima Freitas

Sara Barbosa Rodrigues

Laura Regia Oliveira Cordeiro

Jane Mary de Medeiros Guimarães

Lina Faria

Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária teve início no final da década de 1970. Caracterizou-se por um conjunto de ideias e ações de mudanças e de transformações necessárias na área da saúde, proporcionando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e enfatizando a saúde como direito de todos e dever do Estado (CARVALHO; PASSOS, 2015). A criação do SUS foi consolidada com a Constituição de 1988 e teve como princípios a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a equidade na assistência e a integralidade no atendimento às necessidades dos usuários. Segundo Menicucci (2014), o SUS rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil.

A Atenção Básica em Saúde (ABS), neste contexto, foi implementada como a porta de entrada da assistência em saúde, atuando a partir dos princípios fundamentais do Sistema de Saúde. Para Giovanella (2008), a ABS tem como objetivos identificar e enfrentar os determinantes sociais de saúde, promover acessibilidade aos serviços e dar cobertura universal com base nas necessidades dos sujeitos/comunidades.

A partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como um modelo de atenção do processo de descentralização da

assistência da Atenção Básica. Esta proposta tem a comunidade como âmbito de atuação, e a família como unidade de cuidado visando, com isso, a conhecer as especificidades dos problemas de saúde para, em trabalho conjunto, assistir os sujeitos com práticas de saúde interdisciplinares significativas para o cuidado das comunidades (VIANA; DAL POZ, 2005). A resolutividade da Atenção Básica depende de um sistema hierarquizado que possibilita ao usuário acesso aos diferentes níveis de complexidade e longitudinalidade do cuidado (BARBOSA et al., 2010).

Paralelamente ao Movimento Sanitário pela reforma da Saúde e à consolidação do SUS emergiram, na década de 1970, os movimentos de mudanças relacionados à saúde mental, conhecidos como a Reforma Psiquiátrica. Embora contemporânea do movimento pela Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica Brasileira possui uma história própria associada a um contexto internacional de reconstrução do cuidado da saúde mental e de superação do modelo asilar (BRASIL, 2005). Mesmo tendo início na discussão legislativa em 1989, com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), somente em 2001 a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216) foi aprovada e submetida à supervisão do Ministério Público, regulamentando as internações involuntárias e implementando a rede substitutiva de Atenção Psicossocial, como colocado por Brasil (2005):

A Rede de Atenção à Psicossocial (RAPS), surge como estrutura para a (re)elaboração desta assistência, sendo composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais – e caracterizando-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005, p. 25).

Esta rede objetiva trabalhar o cuidado comunitário dos sujeitos em sofrimento mental por meio de intervenções em toda

a Rede de Assistência à Saúde (RAS), com base no princípio da reabilitação psicossocial (casa, trabalho, serviço). Tal proposta acha-se intrinsecamente vinculada ao processo de assistência na ABS no contexto da ESF, visto que a proximidade com famílias e comunidades na Atenção Básica permite o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, incluindo transtornos/sufrimentos mentais (BRASIL, 2005).

Diante desse contexto, objetiva-se avaliar, a partir da literatura, as práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano do cuidado em saúde mental no contexto da Saúde da Família, com olhar voltado para os atores sociais envolvidos no processo saúde/doença/cuidado mental, tendo como referencial teórico-metodológico a perspectiva construcionista de análise da produção de sentidos da psicóloga social Mary Jane Paris Spink (1999).

Os usuários e o processo de cuidar

Em função da mudança do cenário da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica, os cuidadores passaram a assumir um papel fundamental na assistência aos sujeitos com transtornos mentais. (CAVALHERI, 2010; COLLETI et al., 2014; FAVA; SILVA; SILVA, 2014; GONÇALVES, 2001). Nas últimas décadas, estudos têm chamado a atenção para a importância em investigar quem são esses cuidadores e entender quais os significados do cuidado para estes sujeitos.

No contexto familiar, as mulheres são consideradas as principais cuidadoras, com maior sobrecarga gerada pelo cuidado aos sujeitos em sofrimento mental (BANDEIRA et al., 2014; COLLETI et al., 2014). Estudos têm destacado as complexas relações entre cuidado/trabalho e o lugar da mulher nesse processo, identificando as responsabilidades atribuídas a ela no processo histórico-social do cuidado (FAVA; SILVA; SILVA, 2014; BESSIN, 2016; FALQUET, 2016; HIRATA, 2016; CASTRO SANTOS; FARIA, 2017).

Cuidadores familiares, por vezes, afirmam que preferem manter familiares em casa a vê-los institucionalizados. Contudo, ainda assim, expressam sentimentos de cansaço à exaustão e a necessidade de tempo para si mesmos (CAVALHERI, 2010), sentidos que podem estar associados aos entraves encontrados pelos cuidadores em compreender os comportamentos do familiar adoecido e suas sintomatologias. Para Almeida e Mendonça (2017), este quadro pode estar associado à ausência de preparo em lidar com as crises, com os comportamentos agressivos e com a falta de apoio dos demais atores sociais envolvidos no cuidado.

Outros fatores relacionados às dificuldades do processo de cuidar podem estar associados à impossibilidade de conciliar o cuidado com outras responsabilidades, ao receio quanto ao futuro do paciente e ao sentimento de que poderia “cuidar melhor”. Para os cuidadores, em determinadas situações de descontrole e/ou comportamentos agressivos apresentados pelo sujeito com transtornos mentais, o melhor caminho a ser seguido será a internação do paciente ou o tratamento medicamentoso como forma de solução para o cuidado (COLLETI et al., 2014, BANDEIRA et al., 2014; FAVA; SILVA; SILVA, 2014; SANTOS; EULÁLIO; BARROS, 2015).

Os usuários e a assistência no contexto da APS

O cuidado aos sujeitos com doença mental, de acordo com a literatura, gera demandas sobre os cuidadores, que necessitam ser auxiliados pelos profissionais dos serviços de saúde com intuito de amenizar a sobrecarga e o sofrimento da família. Neste sentido, observou-se na literatura avanços e desafios nos processos de cuidado e corresponsabilidade de atenção (GONÇALVES, 2001).

Estudos discutem a percepção dos usuários como positiva no tocante à avaliação da assistência em saúde mental na Atenção Primária em Saúde (APS) quando analisado o atendimento direcionado ao sujeito em sofrimento mental. Por outro lado, referem que esses

serviços ainda oferecem pouco suporte aos cuidadores, que se sentem sobrecarregados com o processo de desinstitucionalização (GONÇALVES, 2001; ALMEIDA et al., 2010).

Apesar dos desafios relativos às mudanças de assistência, alguns autores observaram que o cuidado é considerado pelos usuários como mais efetivo quando comparado às repercussões das internações e dos modelos institucionalizados, visto que estes últimos proporcionam distanciamento familiar e exclusão social (FRAZATTO; BOARINI, 2013; RAMOS; PIO, 2010).

Santos e Cardoso (2014) indicam que, em geral, os cuidadores avaliam positivamente o serviço de saúde mental frequentado pelo familiar e manifestam satisfação com a melhora do familiar no tocante ao cuidado/tratamento ofertado pelas equipes de saúde, consideradas atenciosas, acolhedoras e dedicadas. Pesquisas indicam que as intervenções dos serviços de saúde tiveram a capacidade de melhorar as relações familiares e conseqüentemente reduzir a sobrecarga sobre os cuidadores. Além disso, a participação contínua da família no acompanhamento promove sentimento de libertação — um “pertencimento subjetivo” dos sujeitos em sofrimento mental nos seus lares, na comunidade e no próprio serviço de saúde.

Destarte, a comunidade demonstra enxergar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como fundamental nos processos de promoção, prevenção e cuidado. Ao mesmo tempo compreende e expõe a necessidade de reforço nas intervenções de suporte aos demais atores envolvidos no contexto de saúde e doença mental, como os familiares (ALMEIDA et al., 2010; RAMOS; PIO, 2010). De acordo com Almeida et al. (2010) é importante que se reavalie o trabalho das equipes na assistência, pois acredita-se que as fragilidades apontadas pela comunidade estão associadas à atuação fragmentada das equipes ainda centradas em um modelo biomédico de assistência, com pouca atuação multiprofissional para o cuidado integral e transdisciplinar.

Os profissionais da ESF e as práticas de cuidado

Os profissionais que compõem a ESF têm ciência da importância do cuidado em saúde mental na rede de assistência à saúde. Ressaltam que os sujeitos em sofrimento mental necessitam de um atendimento cuidadoso, com acompanhamento regular do processo de adoecimento e da progressão, bem como dos fatores psicossociais que permeiam o cuidado, visando a oferecer-lhe o maior conforto possível (FERNANDES, ROCHA, FRAZÃO, 2014; MIRANDA, OLIVEIRA, SANTOS, 2014).

As ferramentas utilizadas pela APS e a forma como realiza as ações e práticas são vistas como primordiais na atenção ao sujeito em sofrimento mental. Desta forma, para Barros e Dimenstein (2010), os profissionais consideram que o trabalho no território facilita a construção de vínculos e a continuidade do tratamento. Os autores defendem que a ESF pode evitar o abandono de muitos casos pela criação de vínculos possibilitando o acompanhamento regular dos tratamentos e das questões sociais que permeiam os processos de saúde/doença mental. A visita domiciliar exemplifica essa aproximação efetiva entre a equipe e os usuários, pois possibilita o cuidado a partir da ótica da realidade dos lares e das rotinas de vida dos mesmos (RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013).

Dificuldades das equipes da APS

Um dos principais problemas na assistência à saúde mental no contexto da APS, de acordo com Dimenstein, Galvão e Severo (2009), está relacionado à falta de articulação em rede, que se reflete numa prática de encaminhamentos sem maiores critérios e proporciona sobrecarga dos serviços substitutivos especializados, configurando-se, assim, um sistema de atenção desintegrada e pouco resolutivo (VIEIRA FILHO, ROSA, 2011). Este processo ocorre porque os profissionais de um serviço, por vezes, não conhecem as atividades práticas de

cuidado realizadas pelo outro, pois não há uma comunicação efetiva entre eles (FERNANDES; ROCHA; FRAZÃO, 2014).

As ideias manicomiais sobre o cuidado em saúde mental também influenciam a conduta dos profissionais médicos e enfermeiros, causando desconforto e, por conseguinte, dificuldades para atender ao fluxo de atendimentos. Miranda, Oliveira e Santos (2014) mostram que o encaminhamento de pacientes estabilizados para a ESF gera desconforto para alguns médicos e enfermeiros, fazendo-os se sentir despreparados para atender a nova demanda. Isso ocorre, possivelmente, devido a dois fatores: 1. a implementação inadequada da desinstitucionalização no processo de Reforma Psiquiátrica, que proporcionou um aumento da demanda de saúde mental nos serviços substitutivos e o consequente aumento no número de encaminhamentos para APS, sem a capacitação efetiva das equipes; 2. as deficiências no processo de formação dos profissionais de saúde centrado no modelo manicomial de cuidado desvinculado do cuidado integral da assistência tanto da atenção primária quanto do serviço substitutivo (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014).

O significado atribuído por muitos profissionais ao apoio matricial indica uma visão ainda voltada para o médico psiquiatra, na lógica da consulta médica especializada (LIMA et al., 2013; SILVA, 2017). Pesquisas de avaliação do atendimento matricial entre o CAPS e a ESF demonstram o reforço desta percepção biomédica em detrimento das ênfases nas ações interdisciplinares (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014). Esta situação pode ser atribuída ao desconhecimento dos profissionais a respeito das implicações e das transformações que o apoio matricial propõe no rompimento com a hierarquização dos serviços e com o estabelecimento da lógica da referência e da contrarreferência, além do suporte interdisciplinar e generalista do cuidado compartilhado entre as equipes (LIMA et al., 2013).

Dimenstein, Galvão e Severo (2009) indicam uma visão ainda muito pautada em medidas centradas na doença “psiquiátrica”,

como, por exemplo, a manutenção de medicação em pacientes que poderiam se beneficiar com outras terapêuticas. No entanto, os autores indicam mudanças nas percepções sobre o cuidado entre profissionais da enfermagem, por meio de ações como escuta, acolhimento e orientação, juntamente com o encaminhamento para outros profissionais dentro do próprio serviço.

Desta forma, Ramos e Pio (2010) defendem que será necessário repensar os processos de saúde-doença, promoção e cuidado, rompendo com a lógica unicamente biomédica - estabelecendo uma clínica centrada no sujeito e sua existência concreta, desconsiderando a enfermidade como parte dessa existência (BARROS; DIMENSTEIN, 2010). A capacitação adequada dos profissionais da ESF é uma importante estratégia para superar as dificuldades encontradas no atendimento de qualidade na APS (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014) pautado nas relações biopsicossociais e nas interculturalidades dos saberes de cuidado em saúde.

Para Souza et al. (2018) a discussão dos processos de Saúde Mental e Trabalho no cenário dos serviços de saúde pode ser compreendida a partir da abordagem Psicodinâmica do Trabalho (PdT), que tem-se apresentado como referência incontornável no que tange à análise das relações entre o trabalho, os processos de subjetivação e a saúde mental. Ou seja, trabalhar é preencher a lacuna entre o programado e o que será objetivamente realizado ("real trabalho"), considerando que este se manifesta para o sujeito (profissional) podendo gerar uma relação primordial de sofrimento-corporificada. Nos estudos de Ribeiro, Caccia-Bava e Guanaes-Lorenzi (2013), observou-se que as dificuldades e desgastes da assistência em saúde da APS, como um todo, são fortalecidos, também, pelo processo de sofrimento psíquico gerado no contexto do trabalho. Assim, precisa-se (re)pensar o suporte emocional da equipe a partir das motivações, da relação com a comunidade e do diálogo nas relações de trabalho, bem como da necessidade de ações na

perspectiva de cuidar da saúde de quem cuida (MARLLETE, MOTTA, CARPES, 2014).

Os profissionais do NASF e o cuidado na APS

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), desde a sua criação, tem contribuído para aumentar a oferta de serviços de saúde na ESF. No início de sua implantação, em 2008, problemas relacionados à formação e à capacitação dos profissionais de saúde e uma visão fragmentada em relação ao cuidado são exemplos de dificuldades usualmente encontradas que influenciaram diretamente a qualidade da assistência prestada, individual e coletiva.

Este fato é confirmado em estudos de Mângia e Lancman (2008), Onocko Campos et al. (2012), Cavalcante et al. (2011), Dimenstein, Galvão, Severo (2009) e Figueiredo e Onocko Campos (2009), para os quais a formação dos profissionais da ESF será apontada como uma limitação para o atendimento dos usuários com sofrimento psíquico, e a medicação entendida, na maior parte das vezes, como a única possibilidade de ajuda, dificultando, assim, a ação do apoio matricial no tocante à ampliação da clínica na ESF. Krawulski (2004) acrescenta:

Sabe-se que os cursos de graduação, por via de regra, desenvolvem um currículo formal, cujos conteúdos e até mesmo atividades de estágios se desenvolvem em níveis abstratos, ficando distantes da realidade ocupacional complexa com a qual os futuros profissionais se defrontarão mais tarde. Em virtude dessa ênfase no exame de questões teóricas, a maioria das atividades acadêmicas acaba não instrumentalizando o suficiente para a prática profissional subsequente (KRAWULSKI, 2004, p.137).

Para Bezerra e Dimenstein (2008), Soares (2008), e Barban e Oliveira (2007) o apoiador matricial em saúde mental deverá deter conhecimentos e habilidades voltados para o bom desempenho de suas funções, dentre os quais: dispor de habilidades de comunicação

e de relacionamento interpessoal para lidar com as equipes da ESF e com os usuários; ter disponibilidade para troca de conhecimento e experiência com outros profissionais; compreender a integralidade das redes assistenciais, dos serviços de saúde e a importância da atenção primária; adquirir a visão ampliada do processo saúde-doença; apresentar capacidade de estimular ações multidisciplinares de promoção e prevenção, considerando a complexidade dos transtornos mentais.

Estudos sobre a saúde mental na APS indicam a percepção dos profissionais do NAFS em relação aos obstáculos estruturais, e dentre os principais estão a sobrecarga dos profissionais e a superlotação dos serviços pela baixa cobertura de serviços de saúde mental e da ESF; a carência e alta rotatividade dos profissionais na APS, possivelmente em razão das condições de trabalho, da falta de perfil profissional e da forma de contratação; a rigidez na agenda dos profissionais e a cobrança por produtividade, sem espaço para a reflexão sobre as condições de trabalho; mudanças nos modelos de organização dos serviços de uma gestão para outra (DELFINI; REIS, 2012; ONOCKO CAMPOS et al., 2012).

Os profissionais CAPS na APS

Segundo Fernandes, Rocha e Frazão (2014) e Neto, Medina e Hirdes (2014), para os profissionais de saúde os serviços de atenção em saúde mental necessitam de mais investimentos, principalmente para a capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica. Miranda et al. (2014) e Maftum et al. (2016) enfatizam a carência de recursos, a falta de espaços físicos para as atividades grupais e a ausência de apoio de outras secretarias (como educação e esporte). Para esses autores, outro fator é a rotatividade da equipe de saúde na rede com as mudanças de governo, prejudicando a formação de vínculos de confiança entre os pacientes.

Em relação aos serviços prestados, profissionais relatam benefícios na articulação entre os serviços especializados em saúde mental e a ESF por meio do apoio matricial. Contudo, Minozzo e Costa (2013) e Azevedo, Gondim e Silva (2013) referem que alguns dos profissionais da ESF desconhecem o conceito da prática de apoio matricial e têm pouca vivência de equipe, o que dificulta as intervenções, em alguns momentos. Nos relatos, percebe-se certa confusão no entendimento do termo, uma vez que o matriciamento acaba se resumindo à “transferência de responsabilidade” de serviço para serviço. No âmbito da ESF, isto pode acontecer devido ao despreparo dos profissionais da equipe em lidar com a demanda (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

No estudo de Tamatsu e Araújo (2016), os profissionais da rede especializada referiram que o apoio matricial favorece o fluxo do paciente em sofrimento mental nos vários âmbitos de saúde, o que tem propiciado um melhor acolhimento dos sujeitos e uma melhor integração com a ESF. Outro fator positivo apontado no estudo de Araújo e Tamatsu (2016) foi a possibilidade do apoio matricial atuar como um organizador do fluxo da demanda em saúde mental, ou seja, por meio do Apoio Matricial os profissionais da Atenção Primária desenvolveram habilidades para acolher as demandas, evitando encaminhar de imediato o paciente para o serviço de saúde mental, negligenciando suas queixas (TAMATSU; ARAÚJO, 2016).

Por conseguinte, “A troca de saberes entre os profissionais e a possibilidade de uma atuação interdisciplinar também foi levantada como uma das potencialidades das atividades de Apoio Matricial” (TAMATSU; ARAÚJO, 2016, p. 76), sendo o apoio matricial considerado, tanto para os profissionais do CAPS como para os da ESF, importante para um melhor atendimento em saúde (FERNANDES; FRAZÃO; ROCHA, 2014). Esse atendimento integrado é importante “principalmente porque quando os usuários

retornam para casa a equipe que faz maior número de visitas - e tem um maior conhecimento do território onde o usuário vive, é a equipe da ESF” (AZEVEDO, GONDIM, SILVA, 2013, p. 3313).

Medina, Neto e Hirdes (2014) acrescentam o despreparo dos médicos para a realização do apoio matricial. Em algumas regiões e territórios esses conflitos entre equipes são mais acentuados, fazendo com que os serviços acumulem tarefas e exerçam funções que não são de sua responsabilidade, dificultando o processo de cuidado integral ao sujeito e à comunidade como um todo.

A equipe dos serviços especializados, quando interrogada acerca das relações do serviço com a AB, muitas vezes se mostra muito ressentida com o “grande preconceito” com os pacientes de saúde mental, inclusive entre os próprios profissionais de saúde. Os entrevistados enfatizaram a ausência de protocolos e fluxogramas que regulem encaminhamentos e afirmam inexistir qualquer forma de trabalho sistemático em parceria com outros serviços de saúde. Reclamam que costumam enfrentar dificuldades para conseguir vagas de internação para pacientes com intercorrências clínicas e que, por outro lado, muitas vezes o serviço pré-hospitalar e os postos de saúde encaminham pacientes ao CAPS sem fazer uma avaliação prévia, obrigando-os a receber pessoas que precisam de outro tipo de intervenção (MIRANDA et al., 2014).

Todavia, mesmo que esses profissionais relatem a falta de parceria com outros serviços, para Miranda et al. (2014) eles não descrevem qualquer tipo de aproximação com as outras equipes de saúde da RAS e, às vezes, de sua própria equipe. Como exemplo, Maftum et al. (2016) apontaram que alguns profissionais do ambulatório desconhecem as atividades que são desenvolvidas dentro do próprio serviço, mas as equipes reconhecem a importância do atendimento ser prestado em rede (FERNANDES; FRAZÃO; ROCHA, 2014; MEDINA; NETO; HIRDES, 2014).

Considerações finais

As percepções do cuidado em saúde mental no contexto da saúde da família, identificadas na literatura, proporcionam a necessidade de repensar a humanização do cuidar, a integralidade, a universalidade e a garantia de equidade. Apesar da existência de movimentos no campo da saúde na tentativa de implementação desta nova forma de pensar, observam-se entraves para se concretizar uma atenção digna e integral. Tais entraves estão relacionados à comunicação inadequada entre profissionais dos serviços da rede de atenção, à prevalência de assistência pautada na medicalização, à fragmentação do cuidado, à fragilidade no processo de matriciamento, à falta de capacitação dos profissionais e a dificuldades referentes à formação desses profissionais pautada no saber biomédico.

Neste sentido, a defesa da ampliação das ofertas terapêuticas das equipes com ferramentas psicossociais, bem como da capacitação dos profissionais de saúde para disseminar ações em saúde mental visa a estimular a construção de fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes em consonância com outros serviços da rede de saúde. Este é um caminho para se alcançar o cuidado e a promoção de saúde mental no contexto da Saúde da Família e de forma integrada à rede de assistência dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nas palavras de Saraceno (1996), é importante a compreensão do cuidado em saúde enquanto reconhecimento do sujeito além da sua doença, na perspectiva dos significados singulares dos seus sofrimentos mentais e físicos e de seus processos de vida como um todo, em todos os cenários por ele ocupados (serviço/casa/comunidade).

Referências

ALMEIDA, M. H. S.; MENDONÇA, E. S. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. **Barbarói: Revista do**

Departamento de Ciências Humanas, Pernambuco, n. 49, p.1-24, jan/jun. 2017.

ALMEIDA, M. M. et al. Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. **Psico**, Minas Gerais. v. 41, n. 1, pp. 110-117, jan./mar. 2010.

ARAÚJO, A. S.; KEBBE, L. M. Estudo sobre grupos de terapia ocupacional para cuidadores de familiares de com esquizofrenia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**. São Paulo. 2014. [s.l.], v. 22, n. 1, p.97-108, 2014.

AZEVEDO, D. M; GONDIM, M. C. S. M; SILVA, D. S. S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 3311-3311, jan/mar. 2013.

AZEVEDO, N. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013.

BANDEIRA, M. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 3, p. 399-409, dez. 2014.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.14, n.1, p.52-63, 2007.

BARBOSA, M. C. L.; COSTA, M. da C. N.; TEIXEIRA, M. da G.; MOTA, E. L. A.; PEREIRA, S. M. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2010. Brasília. p.348.

BARROS, S. C. M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção

básica. **Estudos & Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, abr. 2010.

BESSIN, M.(2016). Política da presença: as questões tem-porais e sexuadas do cuidado. *In*: Abreu, Alice Rangel de Paiva; Hirata, Helena & Lombardi, Maria Rosa (orgs.). **Gênero e trabalho no Brasil e na França**: perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.28, n.3, p.632-45, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. P. 6-12.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 71(suppl 5):2228-36, 2018.

CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L. Ensaio de Leitura: Intersecções e Correlações no Mundo do Trabalho e do Cuidar (Brasil/França). **Sociologia e Antropologia** [online], vl.7, n.3, p.939-957, 2017.

CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L. ENSAIO DE LEITURA: INTERSECÇÕES E CORRELAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO E DO CUIDAR (BRASIL/FRANÇA). **Sociologia e Antropologia** [online], vol.7, n.3, pp.939-957, 2017.

CAVALCANTE, C.M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.24, n.2, p.102-8, 2011.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, Feb. 2010.

COLLETI, M. et al. A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, p. 123-135, 2014.

CONSTANTINIDIS, T. C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 23-32, Abril. 2017.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.357-66, 2012.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. S. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 4, n. 1, dez. 2009.

FALQUET, J. Transformações do trabalho das mulheres: liberação ou novas formas de apropriação? *In*: Abreu, Alice Rangel de Paiva; Hirata, Helena & Lombardi, Maria Rosa (orgs.). **Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. São Paulo: Boitempo. 2016.

FARIA, L.; ALVES, W.; AMARAL, S. Sentimento mútuo: as relações de cuidar e ser cuidado no domicílio. *In*: Faria, Lina; Calábria, Luciana & Alves, Wa-neska. **Envelhecimento: um olhar interdisciplinar**. São Paulo: Hucitec. 2016.

FARIA, L.; CASTRO, L. A. S. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez., p.227-240, 2011.

FAVA, M. C.; SILVA, N. R.; SILVA, M. L. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**. São Paulo. (41): 41-55, jul.-dez. 2014.

FERNANDES, M. J.; ROCHA, H. A.; FRAZÃO, D. P. S. Articulações Em Saúde: Contribuições Para O Fortalecimento Do Trabalho Em

Rede Entre Centro De Atenção Psicossocial E Estratégia De Saúde Da Família. **Revista Gerais de Saúde Pública do SUS/MG**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 53-68, 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO, R. C. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.129-38, 2009.

FRAZATTO, C. F.; BOARINI, M. L. O "morar" no hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex "moradores". **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 257-267, 2013.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. O Psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília , v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M. H. M. Atenção primária em saúde. *In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GRYSCHER, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.10, pp.3255-3262. ISSN 1413-8123.

HIRATA, H. O cuidado em domicílio na França e no Brasil. *In: Abreu, Alice Rangel de Paiva; Hirata, Helena & Lombardi, Maria Rosa (orgs.). Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo. 2016.

KRAWULSKI, E. **Construção da identidade profissional do psicólogo: vivendo as "metamorfoses do caminho" no**

exercício do cotidiano de trabalho. Tese de Doutorado (não publicada). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2004.

LIMA, A. I. O. et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, p.71-82, 2013.

MAFTUM, M. A et al. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.23, n.3, 2016.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**; São Paulo, v.19, n.2, ago. 2008.

MARTELLET, E. C.; MOTTA, R. F.; CARPES, A. D. A saúde mental dos profissionais da saúde e o programa de educação pelo trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2014, vol.12, n.3

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, 2014.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**. Bragança Paulista, vol.18, n.1, p.151-160, jan/abr. 2013.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K.; SANTOS, C. B. T. dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**. [online]. vol.34, n.3, pp.592-611, 2014.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, C. M. A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

NETO, M. R. G; MEDINA, T. S. S.; HIRDES, A. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. **Aletheia**. Canoas, n.45, dez. 2014.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 2009 June [cited 2019 Apr 05] ; 14(3): 929-936.

ONOCKO, R. C. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.1, p.43-50, 2012.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M.; A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. 2015. vol.24, p. 93.

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento em Saúde Mental Segundo Profissionais Da Estratégia Da Saúde Da Família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n.4, p.621-631, dez. 2014.

RAMOS, P. F.; PIO, D. A. M. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 369-390, dez. 2013.

SANTOS, A. F. de O.; CARDOSO, C. L. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. **Estudos de psicologia**, Natal. v. 19, n. 1, p. 13-21, Mar. 2014.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Family members of individuals suffering from mental disorders: Stress and care stressors / Familiares de pessoa em sofrimento mental: estresse e estressores no cuidado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 32(1): 87- 95, Jan-Mar/2015.

SANTOS, C. F.; EULÁLIO, M. C.; BARROS, P. M. O Sentido do Cuidar para Familiares de Pessoas com Transtorno Mental: Um Estudo Descritivo. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.27-35, 30 dez. 2015. Instituto Metodista de Ensino Superior.

SARACENO B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AM, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-8.

SILVA, E. R.; BARROS, V. A. Reflexões sobre a atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 85-102, 2017.

SOARES, M. H. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. (Ed. port.). v.4 n.2. Ribeirão Preto ago. 2008.

SOUZA, W. F.; BRITO, J. C.; ATHAYDE, M. R. C. Formação, saúde mental e trabalho: um patrimônio e uma estratégia. **Fractal Revista de Psicologia** [online]. vol.30, n.2, 2018.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p.41-61.

TAMATSU, D. B; ARAÚJO, A. C. C. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. São Paulo, v.24, n.2, jul/dez. 2016.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 225-264, 2005.

VIEIRA FILHO, N. G.; ROSA, M. D. Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia saúde da família. **Mental**, Barbacena , v. 9, n. 16, p. 303-326, jun. 2011.

Doenças cerebrovasculares: implicações na atenção primária

*Andrezza Lima Muricy
Marla Niag dos Santos Rocha
Caroline Costa Bourbon
Ana Cláudia M. Godoy Figueiredo
Cleto José Sauer Júnior
Elivan Silva Souza
Elaine Nunes Pacheco
Josicélia Estrela Tuy Batista
Joana Trengrouse Laignier de Souza
Simone Seixas da Cruz*

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde e uma ameaça ao desenvolvimento humano no âmbito mundial. Com a mudança do perfil demográfico ocorrida no Brasil houve um envelhecimento populacional, causando também uma transição epidemiológica e colocando em maior evidência as DCNT (BRASIL; OPAS, 2005).

Dentre essas enfermidades crônicas, as doenças cardiovasculares (DCV), particularmente, despontam como a principal causa de mortalidade no Brasil atualmente. Por sua vez, as doenças cerebrovasculares (DCeV) contribuem com uma importante parcela dos óbitos precoces por DCV. As DCeV são definidas como um grupo de enfermidades resultantes de anormalidades da circulação cerebral (BRASIL; OPAS, 2005). Ao lado de outras DCNT, as DCeV foram incluídas, pela Organização Mundial de Saúde, na lista de ameaças à saúde a serem enfrentadas nos próximos anos (LIM et al., 2012).

De acordo com os dados oficiais, em 2017, a cada 10.000 habitantes, dez pessoas foram internadas por DCeV no Brasil. Na

Bahia, no mesmo ano, foram registrados nove internamentos a cada 10.000 habitantes. Quase 50% das pessoas internadas por DCeV foram a óbito por essa causa específica (BRASIL, 2019). A distribuição geográfica das DCeV não é homogênea, havendo intensa carga da doença em determinados territórios de maior vulnerabilidade, onde a desigualdade social assume um importante papel em sua gênese (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008).

Uma das principais estratégias do sistema de saúde brasileiro para as DCNT são as ações de controle e vigilância dos fatores de risco implicados no desenvolvimento destas doenças. Tais fatores de risco podem ser individuais, muitos deles relacionados aos hábitos de vida, ou mesmo coletivos, relacionados a questões culturais, sociais e econômicas (BRASIL; OPAS, 2005).

A Estratégia Saúde da Família é reconhecida como prioritária para a reorientação do sistema de saúde no Brasil, tendo como um de seus atributos sua atuação com adscrição territorial, de forma a permitir enfoque na realidade epidemiológica, econômica e cultural do ambiente em que se insere. Dessa forma, há maiores possibilidades de intervenções nos condicionantes e determinantes de saúde, de modo a prestar um cuidado integral, prevenindo agravos e promovendo saúde nas comunidades (OLIVIERA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009).

A despeito dos frequentes ataques que a política neoliberalista realiza acerca da desvalorização do Sistema Único de Saúde, por meio do estrangulamento/redução das verbas, a atenção primária tem papel fundamental, tanto na redução de danos quanto na efetiva promoção de saúde no que se refere às doenças crônicas.

É importante destacar que alguns dos autores do presente capítulo exercem atividade laboral no cenário da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos municípios baianos de Camaçari, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista. Nessas localidades, ainda com base em dados oficiais, em 2017 foram registrados 5, 16 e 11

internamentos por DCEV a cada 10.000 habitantes, respectivamente. A letalidade entre aqueles internados por essa causa atingiu 93% em Camaçari, sendo que para os demais municípios se observou letalidade mais branda, em torno de metade da medida supracitada (BRASIL, 2019).

Diante da necessidade de enfrentamento do desafio de saúde que é representado pelas DCEV, este capítulo tem o objetivo de abordar determinantes sociais que podem contribuir com a causalidade de DCEV. Propõe-se, também, a apresentar as vivências observadas na atenção básica no ataque ao problema, tomando como cenário os três municípios baianos citados acima.

Doenças Cerebrovasculares e Determinantes Sociodemográficos

Estima-se que 50% ou mais das internações por enfermidades neurológicas em uma unidade hospitalar geral sejam promovidas pela ocorrência de DCEV (ROPPER; SAMUELS; KLEIN, 2014). Os impactos socioeconômicos desses eventos podem ter repercussões ainda maiores em municípios cujas populações sejam mais desfavorecidas economicamente, distanciando, assim, dois dos mais desejáveis princípios do Sistema Único de Saúde – a Equidade e a Integralidade.

Considerando a relevância dos determinantes sociais no processo de causalidade das doenças, inclusive das cerebrovasculares, foram sumarizadas algumas características dos municípios envolvidos (Tabela 1).

Segundo o Censo Demográfico de 2010, os indivíduos acima de 60 anos nos municípios de Camaçari, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista correspondem a 5,84%, 8,98% e 9,96%, da população total, respectivamente. Os dados apresentados (Tabela 2) permitem verificar que a mortalidade por DCEV na população acima

de 60 anos varia de 3,2 a 5,6 a cada 1000 idosos, nos três municípios (BRASIL, 2012).

No entanto, as referidas informações podem estar aquém da realidade no que diz respeito à parcela de idosos nos municípios citados, uma vez que os indicadores mais recentes apresentados são oriundos do ano 2010. E sabemos que existe uma tendência de envelhecimento da população brasileira. Por exemplo, entre os Censos de 1991 e 2010 houve um aumento de 47,8% da proporção de idosos no país, que passou de 7,30 para 10,79%.

Por um lado, o processo de envelhecimento populacional contribuiu para a progressiva melhoria do índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) das cidades estudadas pela elevação do componente de longevidade empregada nesse índice. Em contrapartida, o envelhecimento também elevou a vulnerabilidade da população às DCeV, já que algumas alterações relacionadas ao envelhecimento fisiológico estão implicadas na patologia DCeV, como o enrijecimento vascular e o estresse oxidativo, assim como a maior prevalência de fatores de risco como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melito (DM).

A elevada mortalidade por DCeV entre idosos dos municípios sob estudo pode ser demonstrada na Tabela 2. Como previamente explanado, devido às alterações fisiológicas da senescência, há uma maior probabilidade para essa população ser atacada por doenças crônicas, visto que ao desfrutar de maior longevidade as pessoas ficam também mais expostas aos fatores de risco dessas doenças, contribuindo para elevação do número de pessoas que convivem com tais enfermidades (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2006).

Tabela 1 – Características geográficas, sociodemográficas e de acesso a serviços de saúde dos municípios de Camaçari, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

(continua)

Descrição	Camaçari	Santo Antônio de Jesus	Vitória da Conquista
Características Geográficas			
Região/Localização	Metropolitana de Salvador	Recôncavo	Centro Sul
Área (km ²)	764,50	260,21	3217,01
População (hab)	242.970	90.985	306.866
Características Demográficas (%)			
População >65 anos	3,64	6,25	6,94
População urbana	95,47	87,16	89,53
População rural	4,53	12,84	10,47
Índice de Desenvolvimento Humano do Município			
1991	0,422	0,450	0,409
2000	0,551	0,500	0,538
2010	0,694	0,700	0,678
2010 por Raça/Cor	Negros	0,686	0,657
	Branços	0,751	0,726
IDHM – Educação			
1991	0,230	0,259	0,214
2000	0,393	0,401	0,362

Tabela 1 – Características geográficas, sociodemográficas e de acesso a serviços de saúde dos municípios de Camaçari, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

(continua)			
2010	0,616	0,622	0,581
2010 por Raça/Cor	Negros	0,611	0,553
	Branco	0,692	0,651
IDHM – Longevidade			
1991	0,586	0,655	0,555
2000	0,708	0,743	0,679
2010	0,798	0,815	0,788
2010 por Raça/Cor	Negros	0,797	0,784
	Branco	0,817	0,808
IDHM – Renda			
1991	0,559	0,537	0,574
2000	0,600	0,591	0,633
2010	0,681	0,677	0,681
2010 por Raça/Cor	Negros	0,662	0,653
	Branco	0,750	0,728
Habitação (%)			
Domicílios com água encanada	96,45	91,64	91,58

Tabela 1 – Características geográficas, sociodemográficas e de acesso a serviços de saúde dos municípios de Camaçari, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

(conclusão)			
Domicílios com coleta de lixo	96,30	95,45	96,81
Domicílios com água encanada (por raça/cor) (%)			
Negros	89,95	-	87,08
Branco	93,25	-	93,30
Domicílios com coleta de lixo (por raça/cor) (%)			
Negros	96,04	-	96,20
Branco	97,57	-	98,05
Número de ESF por habitantes			
Nº ESF/10.000hab*	1,9	2,1	1,4

Fonte: (ATLAS, 2020; DATASUS, 2019).

*Número proporcional de equipes de saúde da família com ou sem equipe de saúde bucal por 10.000 habitantes.

Tabela 2 – Número de óbitos por doenças cerebrovasculares a cada 1000 idosos nos municípios estudados em 2017

Cidade	Óbitos por doenças cerebrovasculares (por 1000 idosos*)
Camaçari	5,6
Santo Antônio de Jesus	3,2
Vitória da Conquista	3,4

Fonte: (ATLAS, 2020; DATASUS, 2019).

*Idosos: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

Diante disso, um importante desafio imposto ao governo e à sociedade civil refere-se a como criar estratégias de “envelhecimento com mais vida” como forma de prevenção e enfrentamento das DCeV, acrescentando maior “alegria de viver” à terceira idade.

Antagônica à longevidade, a renda per capita foi o componente do IDHM que apresentou a menor evolução nas últimas duas décadas, nos três municípios. Admite-se, todavia, que houve uma melhora no índice de Gini das três cidades no período investigado (IPEA, 2004). Esse índice avalia a concentração de renda em determinados grupos, e a sua queda demonstra uma redução da desigualdade.

No entanto, a desigualdade está longe de ser considerada aceitável, além do que seriam necessários dados mais atualizados para inferir se a tendência de redução da concentração de capital entre poucos privilegiados continua nos municípios analisados, tendo em vista as abruptas mudanças de políticas públicas de compensação social ocorridas nos últimos anos.

No que tange aos indicadores de habitação, no período entre os censos, para o município de Camaçari-BA observou-se uma elevação de um terço na proporção de domicílios com água encanada. Todavia, o acesso a esse recurso ainda é da ordem de 89% para população negra, enquanto o direito ao uso da água tratada deveria ser universal e consolidado. Ao se estimar a população com

acesso à coleta de lixo, ainda em Camaçari, também foi notada uma elevação desta proporção, contudo mais discreta (11,67%). Para os demais municípios, no que se refere aos indicadores de habitação, as variações foram semelhantes (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

Ainda que seja empregado o paradigma da simplificação, como explicar qual a participação da pobreza no caminho causal das doenças cerebrovasculares dos municípios em análise? Por um lado, pode ser realizada uma abordagem genérica, que não constitui uma exclusividade dessa entidade nosológica, em que se argumenta que as classes econômicas menos favorecidas apresentam a dificuldade de acesso ao serviço, de maneira perversa, desde as condições sanitárias mais básicas, as quais lhe são negadas, até o acesso à alimentação adequada ou mesmo a recursos tecnológicos, no mais das vezes, cruciais para controle e prevenção dessas doenças.

As sequelas das DCeV não são uniformes e dependem do local vascular acometido, sendo exemplos mais comuns a disfasia, hemiparesia, disfagia, distúrbios visuais, distúrbios de comportamento e consciência (CARLSSON; MÖLLER; BLOMSTRAND, 2003). Infelizmente, a desigualdade ainda exerce um papel importante nessas sequelas provenientes das doenças cerebrovasculares. As populações mais pobres são, também, mais vulneráveis às deficiências relacionadas a essas doenças (EIDE et al., 2015). As limitações motoras impostas por um evento vascular encefálico podem ser ainda mais perversas quando se pensa nas deficiências de mobilidade urbana em territórios menos privilegiados, como a falta de calçamentos padronizados e a limitação da oferta de transporte público. Ações e insumos para a reabilitação como fisioterapia motora reabilitadora, órteses mecânicas e neurointervenção possuem maior custo, adicionalmente, e costumam também estar ausentes em territórios mais pobres.

Em relação à diferença socioeconômica, é reconhecida a maior

vulnerabilidade da população negra, sendo a raça/cor considerada um fator associado à ocorrência e às complicações das DCeV (BREWER; COOPER, 2014). Por exemplo, os dados observados nos municípios envolvidos ainda permitiram inferir que tanto em Camaçari quanto em Vitória da Conquista houve diferença, mesmo que discreta, dos indicadores de habitação para grupos de raça/cor (negros e brancos). A condição da população negra se apresentou mais desfavorável em relação à população branca.

Ao avaliarmos o componente renda do IDHM de Camaçari e Vitória da Conquista, segundo raça/cor, fica evidente a disparidade entre as populações negra e branca, sendo a diferença absoluta da ordem de 0,08. A variação é também observada nos componentes longevidade e educação quando estratificados por raça/cor. Assim, a população negra se encontra na faixa de desenvolvimento humano médio, enquanto a branca está na faixa considerada alta no que se refere à vida longa e saudável, e ao acesso ao conhecimento e padrão de vida digno.

Não nos parece uma panaceia considerar que os pretos e pardos, que também são os mais pobres e vivem nos três municípios, sejam, provavelmente, os mais vulneráveis às doenças cerebrovasculares, como ocorre com tantas outras enfermidades. Para a sustentação desse raciocínio pode-se citar que, no Município de Santo Antônio de Jesus no ano 2017, a ocorrência relativa de acidente vascular cerebral entre pretos e pardos foi 54% maior que aquela observada na população não negra. Nesse cenário, temos ainda 88 casos raça/cor desconhecida (sem informação), insinuando que a situação pode ser ainda mais grave entre negros (BRASIL, 2019).

Estratégias para o enfrentamento do problema

A etiologia das doenças cerebrovasculares é multifatorial e a abordagem primordial para a prevenção do desenvolvimento de

DCV deve ser focada nos determinantes de saúde da população. Intervenções de nível populacional incluem o desincentivo coletivo do hábito de fumar, de estímulo ao consumo de alimentos saudáveis, da promoção de atividade física, do controle da poluição ambiental, entre outras. Em nível individual ações de controle dos fatores de risco, como hipertensão, dislipidemia e diabetes são de grande importância (GUPTA; WOOD, 2019).

Estratégias adotadas na atenção secundária e terciária, que levam à redução da mortalidade cardiovascular pelo controle das enfermidades cerebrovasculares, são mais onerosas e menos prováveis de estarem disponíveis entre territórios com populações mais pobres, a exemplo dos municípios estudados. Isso torna a atenção primária um local privilegiado para o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e assistência integral a quem foi acometido por doenças cerebrovasculares (BRASIL; OPAS, 2005; BRASIL et al., 2007; CASTRO et al., 2019).

Infelizmente, podemos observar na Tabela 3 que, segundo dados oficiais do ano de 2015, apenas 0,3%, 8,8% e 6,1% das populações, respectivamente, dos municípios de Camaçari, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista foram identificados como hipertensos em acompanhamento, diferindo de forma significativa da realidade nacional, cujo percentual de hipertensos em acompanhamento atinge 32,5% (SBC, 2016). O mesmo acontece com os percentuais de diabéticos em acompanhamento que indicam 0,1%, 2,6% e 1,4% das populações dos municípios em questão, distante do cenário brasileiro cuja prevalência chega a 7,7%. Isto sugere, assim, uma clara subnotificação e um desconhecimento da dimensão real do problema (BRASIL, 2019).

Desta forma, apesar das potencialidades de intervenção explanadas anteriormente, a atenção básica ainda enfrenta o desafio de estruturar a busca ativa e melhorar a identificação de pessoas que convivem com fatores de risco as DCeV, como hipertensão e

diabetes, para potencializar a atuação nesse nível de atenção à saúde.

Tabela 3 - População geral e número de indivíduos com Hipertensão e Diabetes acompanhados na Atenção Básica por município em dezembro de 2015

Variáveis	Camaçari	Santo Antônio de Jesus	Vitória da conquista
População	286.919	101.518	343.230
Hipertensos acompanhados	868 (0,3%)	8.902 (8,8%)	21.113 (6,1%)
Diabéticos acompanhados	262 (0,1%)	2.618 (2,6%)	4.962 (1,4%)

Fonte: (DATASUS, 2019).

Sabe-se que a atenção primária permite a estratificação do risco dos sujeitos e planejamento de ações de cuidado no nível individual e coletivo. Estas ações, ao mesmo tempo em que fomentam o autocuidado apoiado, possibilitam maior vigilância dos fatores de risco e determinantes sociais. Em Santo Antônio de Jesus, por exemplo, ações como grupos de atividade física, rodas de conversa e hortas comunitárias vêm ganhando espaço entre as estratégias inovadoras adotadas no âmbito da atenção primária.

Em particular, as hortas comunitárias possibilitam a integração social, fortalecem a economia local e promovem melhor orientação nutricional, ao mesmo tempo em que fornecem um espaço singular para a educação popular em saúde e criação de hábitos de vida saudáveis (PEREIRA LEMOS, 2020). Tais ações não objetivam rivalizar com o modelo biomédico hegemônico, mas, ao contrário, buscam fortalecer as potencialidades de intervenção na busca de melhoria da condição de saúde da população.

Em relação às experiências individuais e coletivas nos municípios, Camaçari apresenta um grande destaque para o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

como estratégia de enfrentamento às DCNT. Práticas como horta comunitária, cultivo de plantas medicinais, práticas meditativas e corporais, auriculoterapia, acupuntura e *lian gong* são as principais encontradas no município. Na experiência individual com usuários do território, observamos a potencialidade das PICS no desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável e na autonomia do cuidado, além do controle de fatores de risco como hipertensão e diabetes, intervenções importantes para a prevenção de DCeV.

Outra experiência exitosa é representada pela realização de atividades e grupos coletivos com usuários diabéticos e hipertensos. As atividades têm o objetivo de identificar precocemente o nível de gravidade da doença, estratificar riscos e realizar planos de cuidados e ações de promoção e prevenção em saúde. Além da avaliação clínica individual, utiliza-se a roda de conversa como recurso para o autocuidado apoiado. Percebeu-se a maior adesão medicamentosa, percepção do processo saúde-doença e um maior controle da condição crônica nesses espaços.

Vitória da Conquista, por sua vez, destaca-se pela integração ensino-serviço, contando com uma grande quantidade de cursos na área da saúde inseridos na Atenção Básica. Em 2013, o Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA) iniciou projeto intitulado “Práticas integrativas em unidade de saúde de Vitória da Conquista” que, dentre outras ações, construiu, em um território de Unidade Básica de Saúde, uma horta comunitária cujo objetivo primordial foi promover saúde física e mental aos usuários da unidade e do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) adjacente. Em paralelo à construção, a equipe idealizadora do projeto realizou grupos operativos e ações educativas com hipertensos durante aproximadamente dois anos, além de contribuir para a formação de profissionais médicos e farmacêuticos no âmbito das práticas integrativas, especialmente fitoterapia e homeopatia (UFBA, 2016).

Merece destaque, também, o programa *HealthRise*, iniciativa internacional financiada pela Medtronic que tem por objetivo contribuir com a redução da mortalidade prematura induzida pelas DCNT, mediante o controle e gerenciamento de DCV e Diabetes Melito. O município de Vitória da Conquista foi um dos dois contemplados pela iniciativa no Brasil, a qual foi implementada pela parceria entre as instituições de ensino - IMS/UFBA e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), pelo Serviço Social da Indústria da Bahia (SESI-BA) e pela Associação Conquistense de Apoio ao Diabético (ACAD).

O programa/iniciativa teve seu início em setembro de 2016 e, desde então, protagonizou ações relevantes, tais como: feiras de saúde em diversos bairros para ampliar acesso e diagnóstico; informatização e implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em todas as Unidades de Estratégia Saúde da Família do município; treinamento dos profissionais de saúde da atenção básica e especializada; realização de exames complementares em indivíduos hipertensos e diabéticos para estratificação de risco cardiovascular; monitoramento e acompanhamento de indivíduos hipertensos e diabéticos com difícil controle (HEALTHRISE, [s.d.]).

Considerações finais

As DCNT, em especial as DCeV e suas complicações, são um problema de saúde pública prevalente, com alto impacto social, particularmente para a parcela da população de menor poder aquisitivo e de raça/cor negra, denotando a distribuição desigual no desenvolvimento das DCeV. O município com maiores taxas de mortalidade, Camaçari, inclusive apresenta menor evolução para o envelhecimento populacional, indicando, provavelmente, maior vulnerabilidade social.

Entre os fatores apresentados, um dos que mais demonstram a

desigualdade social se refere tanto ao menor acesso ao saneamento básico quanto ao menor IDHM entre negros, quando comparados aos brancos. Estas observações corroboram a necessidade de incluir no plano de enfrentamento às DCNT, em especial as DCeV, as intervenções para controle dos fatores de risco, que são determinados por muitas questões sociais, legitimando, inclusive, as políticas sociais compensatórias.

O combate às DCeV ganha ainda maior relevância frente a momentos históricos em que conviver com tais doenças pode representar, de certa forma, um “carimbo de morte” por doenças infecciosas, a exemplo da enfermidade letal causada por vírus Sars-COV-19 que assola a humanidade em tempos atuais (WANG et al., 2020).

A atenção primária desponta como local privilegiado para realizar ações que possam reduzir esses fatores e colaborar com as realidades locais na busca de mudanças que possam promover saúde no curso da vida, e particularmente entre os idosos (BRASIL, 2006). Muitos são os desafios desse nível de atenção, como a própria dificuldade de identificar os usuários com maior risco de desenvolver doenças cerebrovasculares antes de um evento, haja vista a grande demanda reprimida que se observa em muitos territórios brasileiros.

Infelizmente, o cenário de morbidade aqui apresentado, agravado pela iniquidade social, pode ser apenas uma pequena fração da realidade, vez que os dados oficiais tendem a registrar apenas os casos mais graves que foram reportados aos serviços de saúde e que percorreram o fluxo adequado para publicização nos meios de comunicação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Neste sentido, diante da complexidade das questões sociais aqui levantadas, e das vivências possíveis ao combate às DCeV, há veemente demanda por ações de políticas públicas e articulações de diversos atores, além do serviço de saúde para uma abordagem

eficaz. No entanto, a reflexão que deve nos acompanhar é: Como mitigar o problema da DCeV em nossos territórios? Todavia, tal reflexão não deve perder de vista que não se trata de um problema exclusivo da atenção primária.

Referências

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Perfil Socioeconômico dos Municípios do Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santo-antonio-de-jesus_ba>. Acesso em: 7 abr. 2020.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 6, jun. 2008.

BRASIL, DATASUS. **TabNet Win32 3.0: População Residente - Bahia**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popba.def>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL, DATASUS. **TabNet Win32 3.0 - Bahia**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiba.def>>. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde; OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição

sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL et al. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.

BREWER, L. C.; COOPER, L. A. Race, Discrimination, and Cardiovascular Disease. **AMA Journal of Ethics**, v. 16, n. 6, p. 455–460, 1 jun. 2014.

CARLSSON, G. E.; MÖLLER, A.; BLOMSTRAND, C. Consequences of Mild Stroke in Persons <75 Years – A 1-Year Follow-Up. **Cerebrovascular Diseases**, v. 16, n. 4, p. 383–388, 2003.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, jul. 2019.

EIDE, A. H. et al. Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries. **PLOS ONE**, v. 10, n. 5, p. e0125915, 20 maio 2015.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em vigilância epidemiológica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

GUPTA, R.; WOOD, D. A. Primary prevention of ischaemic heart disease: populations, individuals, and health professionals. **The Lancet**, v. 394, n. 10199, p. 685–696, ago. 2019.

HEALTHRISE. **HealthRise**. Disponível em: <http://www2.uesb.br/healthrise/?page_id=26>. Acesso em: 14 jan. 2020.

IPEA, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **O que é? Índice de Gini**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28>. Acesso em: 7 abr. 2020.

LIM, S. S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224–2260, dez. 2012.

OLIVIERA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: Ensp, 2009.

PEREIRA LEMOS, M. L. INTERVENÇÃO SOCIAL EM SAÚDE EDUCATIVA POR MEIO DE HORTA COMUNITÁRIA URBANA EM PARAGOMINAS - PARÁ. **P2P E INOVAÇÃO**, v. 6, n. 2, p. 18–36, 14 mar. 2020.

ROPPER, A. H.; SAMUELS, M. A.; KLEIN, J. **Adams and Victor's principles of neurology**. Tenth edition ed. New York: McGraw-Hill Education Medical, 2014.

UFBA, Universidade Federal da Bahia. **Projeto de extensão da UFBA-Conquista ajuda a melhorar condição de saúde física e mental de usuários de USF e do CAPS II | Instituto Multidisciplinar em Saúde**. Disponível em: <<http://www.ims.ufba.br/noticias/projeto-de-extensao-da-ufba-conquista-ajuda-melhorar-condicao-de-saude-fisica-e-mental-de>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

WANG, L. et al. A review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) based on current evidence. **International Journal of Antimicrobial Agents**, p. 105948, mar. 2020.

Esfigmomanômetros descalibrados: ênfoque na atenção primária

*Cleto José Sauer Júnior
Dóris Firmino Rabelo*

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são na atualidade a principal fonte da carga de doenças no Brasil, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte na população. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 55,3% das mortes relacionadas às doenças do aparelho circulatório decorrem de complicações da hipertensão arterial (WHO, 2013). Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um conhecido fator de risco associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, e dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) estimam a prevalência de HAS em adultos, no ano de 2017, em 24,3% (BRASIL, 2018b).

O conhecimento do diagnóstico de HAS no Brasil varia de 22% a 77%, e entre aqueles que sabem do diagnóstico e estão em tratamento as taxas variam de 11% a 77% (MALACHIAS et al., 2016). Ainda mais alarmante é observar que a taxa de controle efetivo, entre os que estão em tratamento, varia de 10% a 35%. Consistente com os dados brasileiros, em países da América Latina e África, a porcentagem de hipertensos com efetivo controle dos níveis pressóricos varia de 1% a 15% (MÁRQUEZ CONTRERAS et al., 2007).

O diagnóstico, a monitorização e o tratamento são etapas fundamentais para o alcance das metas preconizadas na assistência ao portador de HAS. A aferição ambulatorial ocasional da pressão arterial é momento do exame clínico universalmente presente nesta abordagem. A técnica de aferição da pressão arterial possui protocolo

rígido, e estudos recentes têm demonstrado a não aderência dos profissionais da atenção primária ao que é preconizado nos protocolos clínicos.

Revisão sistemática identificou 33 potenciais vieses para a aferição da pressão arterial que podem ser divididos entre sistemáticos e randômicos (KALLIOINEN et al., 2017). Na atenção primária, aspectos relacionados ao indivíduo, à unidade e à equipe de saúde podem se converter em vieses de aferição da pressão arterial. Alguns exemplos de potenciais vieses identificados são a indisponibilidade de manguitos de diferentes tamanhos, a tendência de registro das cifras pressóricas com aproximação para o zero (com até 72% dos valores registrados com este dígito terminal), e a utilização de esfigmomanômetros descalibrados (STARKE; SANTA HELENA, 2018).

A determinação inacurada das cifras pressóricas tem sérias implicações para a saúde pública, uma vez que em caso de superestimação ocorre o excesso de diagnósticos (falso-positivos), com conseqüente aumento de iatrogenias e incremento de custos financeiros e sociais. Quando subestimada ocorre o retardo no diagnóstico (falso-negativo) e subtratamento, expondo o indivíduo às conseqüências dos níveis pressóricos cronicamente elevados.

O esfigmomanômetro é um dos instrumentos disponibilizados para ampliação da capacidade de avaliação clínica dos profissionais de saúde. É fundamental a disponibilidade de insumos de qualidade para que seja alcançado o cuidado integral ao usuário. Estudo realizado na cidade de Belo Horizonte avaliou a relação entre as características das equipes de saúde e a estrutura das unidades básicas de saúde quanto ao alcance dos atributos da Atenção Primária. Os resultados da análise multivariada demonstraram a associação positiva e estatisticamente significativa da disponibilidade de equipamentos básicos e insumos com o alto desempenho da atenção primária (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015). A disponibilidade de

esfigmomanômetros calibrados é uma condição fundamental para a garantia da efetividade das ações de enfrentamento à HAS.

No Brasil a regulamentação sobre a comercialização e a manutenção dos esfigmomanômetros fica a cargo do Instituto de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Os esfigmomanômetros devem ter seu funcionamento certificado em uma avaliação inicial e, posteriormente, serem submetidos a avaliações periódicas anuais. Após cada verificação o equipamento recebe um selo de certificação, sem o qual o proprietário fica sujeito à multa e apreensão do aparelho. O processo de manutenção dos esfigmomanômetros demanda planejamento e disponibilização de recursos financeiros, estes últimos nem sempre presentes na realidade das equipes da atenção primária.

Não identificamos, até o presente momento, estudo direcionado à questão das características dos esfigmomanômetros da rede de atenção primária brasileira. Nos demais níveis de atenção, secundário e terciário, a taxa de esfigmomanômetros descalibrados varia de 16% a 78% (MAIA et al., 2017). Características próprias da atenção básica tornam esse espaço mais sensível aos efeitos da utilização de esfigmomanômetros descalibrados. Atributos como a vinculação e a longitudinalidade do cuidado propiciam que, sistematicamente, o usuário tenha sua pressão arterial aferida pelo mesmo equipamento, tornando este um potencial erro sistemático de aferição. A detecção destes erros sistemáticos é difícil, e a melhor forma de redução destes vieses é a utilização de esfigmomanômetros calibrados. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é realizar uma revisão narrativa sobre o conhecimento e as implicações da utilização de esfigmomanômetros fora de conformidade na atenção primária.

O tema do presente capítulo foi selecionado nas rodas de conversa realizadas com profissionais de saúde da atenção primária do município de Santo Antônio de Jesus-BA. As rodas foram organizadas no âmbito das atividades do Mestrado Profissional

em Saúde da Família (PROFSAUDE). Os questionamentos sobre a acurácia das aferições da pressão arterial, e seu impacto na assistência aos usuários da rede motivaram o presente trabalho. Para contextualizar o interesse dos profissionais da rede com o tema hipertensão e esfigmomanômetros apresentaremos, inicialmente, dados do município relacionados à assistência ao usuário portador de HAS na atenção básica.

Realidade local

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 apresenta a atenção básica como a principal porta de entrada para as redes de atenção à saúde, sendo responsável por um conjunto de ações que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, vigilância em saúde, e gestão qualificada. No Brasil, o número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) subiu de cerca de 2000 equipes no ano 2000, para 42975 equipes em 2018, alcançando cobertura de 130 milhões de usuários. Dados atuais apontam para a efetividade das ações da ESF, sendo observada redução de 6% na mortalidade por doenças cardiovasculares em indivíduos acima de 60 anos, de 2004 a 2015 (CASTRO et al., 2019).

Conhecer a realidade da comunidade na qual as ações de saúde são implementadas é fundamental para o pleno amadurecimento dos atributos da atenção básica. O município de Santo Antônio de Jesus encontra-se na região do Recôncavo do estado da Bahia. Segundo estimativa do IBGE o município possui uma população de 102.469 habitantes, com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,700 (BRASIL, 2018a). O território do município está dividido em quatro Distritos Sanitários, sendo que, na atenção básica, o município conta atualmente com 21 equipes da Estratégia Saúde da Família e mais três Unidades Básicas tradicionais, conferindo uma cobertura populacional total da Atenção Básica de 79,4%.

Com relação à mortalidade, no ano de 2017 foram registrados 651 óbitos de residentes do município, dos quais 29,2% foram por doenças do aparelho circulatório, 16,6% por causas externas e 13,8% por doença oncológica. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, a prevalência de HAS no município, na população acima de 18 anos, é de 21,4%. No ano de 2017, excluindo-se a demanda espontânea, o atendimento mais realizado na atenção básica foi de consultas a usuários com diagnóstico de HAS, tendo sido realizadas 37.129 consultas que corresponderam a 44% do total de consultas (BRASIL, 2019). Em 2017 foram realizadas 67.626 aferições da pressão arterial na rede do município totalizando 34% dos procedimentos realizados naquele ano, ou seja, o procedimento mais realizado pela atenção primária. Ainda em 2017, 67% dos medicamentos dispensados pela assistência farmacêutica do município tinham relação direta com o tratamento de HAS. Hipertensão arterial sistêmica é situação clínica prevalente em Santo Antônio de Jesus, sendo a utilização de esfigmomanômetros para aferição dos níveis pressóricos o procedimento mais frequentemente realizado pelas equipes da atenção primária do município.

A preocupação com os esfigmomanômetros da rede de Atenção Primária deve ser compreendida em um contexto mais amplo, onde a limitada disponibilidade de recursos financeiros pode, em tese, motivar a decisão de aquisição de equipamentos não validados e o não seguimento de protocolos de manutenção. Adicionalmente, os esfigmomanômetros possuem partes móveis, sujeitas a fadiga e a fatores ambientais dos mais diversos. É ainda comum que na realidade das Unidades de Saúde brasileiras, este equipamento esteja sujeito a traumas mecânicos, ao circular por diferentes ambientes, como ocorre na atenção domiciliar. Finalmente, a vinculação e longitudinalidade do cuidado determinam que a aferição da pressão arterial seja realizada pela mesma equipe, transformando a utilização de esfigmomanômetros descalibrados em um erro sistemático de aferição.

Um problema ignorado

É condição essencial a disponibilidade de dispositivos capazes de mensurar os níveis pressóricos para que o diagnóstico e o tratamento da hipertensão arterial sejam realizados de forma acurada. Estes dispositivos devem ser adequados a usuários com diferentes características, como crianças, idosos, obesos e gestantes (MALACHIAS et al., 2016). A despeito das diferentes circunstâncias ou condições de uso, uma condição *“sine qua non”* permanece para estes dispositivos: possuírem acurácia. Os esfigmomanômetros disponíveis para uso clínico são de dois tipos: digital e mecânico, este último subdividido em aneróide e de coluna de mercúrio. A participação do Brasil na Convenção de Minamata, que visa à eliminação do uso do mercúrio, vem restringindo a utilização do modelo de coluna de mercúrio.

Não há consenso na literatura sobre qual modelo de esfigmomanômetro apresenta melhor desempenho. Recente estudo de metanálise identificou alta acurácia do modelo digital em usuários em ritmo sinusal, no entanto com demonstração de grande heterogeneidade na população portadora de fibrilação atrial (CLARK; MCDONAGH; MCMANUS, 2019). O modelo aneróide possui vantagens como o fato de também poder ser utilizado em outras manobras propedêuticas, como a prova do laço em casos clínicos suspeitos de dengue (BRASIL, 2016). A Sociedade Canadense de Médicos de Família tomou parte nesta questão, indicando a preferência de utilização dos dispositivos digitais na Atenção Primária, em sua Diretriz de Hipertensão de 2018 (NERENBERG et al., 2018). O documento apresenta como vantagens para a utilização dos dispositivos digitais a possibilidade de aferição da pressão arterial na ausência do profissional de saúde, e a redução do “efeito do jaleco branco”. No Brasil não existe orientação formal sobre qual modelo deve ser adotado pelas redes de assistência, sendo o modelo

aneroide o mais empregado na nossa realidade (NEVES et al., 2018).

Existem poucas publicações que direcionam atenção às características dos esfigmomanômetros utilizados na atenção primária mundial. A maioria destes estudos foi realizada em países desenvolvidos, não sendo identificado, até o momento, estudo desta temática na América Latina. Estudo realizado na atenção primária do Canadá identificou 15,5% dos equipamentos de aferição da pressão arterial descalibrados (NIYONSENGA et al., 2008). Na Austrália este número é de 5%, ressaltando-se que neste país a periodicidade da manutenção dos esfigmomanômetros é de 6 meses (SHAH et al., 2004). Em países em desenvolvimento, como Nigéria, a taxa de equipamentos descalibrados na atenção primária chega a 47%, sendo ainda mencionado neste relato o fato de o único esfigmomanômetro em condições de uso, em uma das unidades, ser mantido trancado por questões de segurança (CHIJKOKE et al., 2015). Na Turquia a taxa de esfigmomanômetros descalibrados alcança 54,8% (OKAY BAŞAK, 1999). Os dados atuais apontam para a tendência de utilização dos modelos digitais em países desenvolvidos, ao passo que predominam os modelos mecânicos (aneroide e de coluna de mercúrio) em países em desenvolvimento, com maior taxa de descalibração nestes últimos.

Até o momento, não se identificou estudo que avalie as características dos esfigmomanômetros da atenção primária brasileira. Os dados nacionais são oriundos de estudos realizados nos níveis secundário e terciário da atenção. Estudo realizado pela Universidade de São Paulo identificou 58% dos esfigmomanômetros descalibrados em ambiente hospitalar, ao passo que este número alcançou a cifra de 87,5% no Hospital de Base da cidade de Ribeirão Preto (MION; PIERIN, 1998; PALOTA et al., 2004). Mais recentemente foram avaliados 337 esfigmomanômetros de 25 serviços de emergência da cidade de Belo Horizonte, sendo identificados 78% de instrumentos fora de conformidade (MAIA et al., 2017). O estudo realizado na capital

mineira também permitiu verificar a associação entre equipamentos descalibrados e unidades com gestão pública. Os estudos nacionais foram realizados predominantemente em capitais do sudeste, incluindo hospitais universitários e consultórios particulares, que possuem características de gestão diferentes daquelas do setor público. Ao se direcionar a questão para a atenção primária é provável que as taxas de descalibração dos esfigmomanômetros neste ambiente sejam semelhantes, ou mesmo superiores às encontradas nos estudos nacionais descritos anteriormente.

Repercussões para a saúde pública

HAS é um problema de saúde pública prevalente, sendo a sua abordagem integral dependente de diversas ações, como o rastreamento, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A falha em se alcançar os objetivos esperados em cada uma dessas ações contribui para o insucesso das políticas públicas de enfrentamento à hipertensão arterial. O ponto em comum, a partir do qual irão se estruturar tais ações, é a de aferição da pressão arterial. No Brasil a medida ambulatorial casual da pressão arterial é o método mais usualmente utilizado para o diagnóstico de hipertensão arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A medida casual da pressão arterial em consultório possui baixa acurácia, o que pode contribuir para a incorreta categorização de usuários das redes de atenção. Barroso e colaboradores (2019) demonstraram que quando comparada com a monitorização residencial da pressão arterial, a medida casual apresenta valores maiores para as pressões arterial sistólica e diastólica, de 7,6 mmHg e 5,2 mmHg, respectivamente. Ao aplicar o método de medida residencial da pressão arterial (MRPA) a uma população brasileira de pré-hipertensos e hipertensos em estágio I, os mesmos autores demonstraram que 33,3% dos valores obtidos com a medida casual

da pressão arterial se apresentavam equivocados. O método da MRPA ainda é pouco disponível na rede de atenção primária brasileira, pois demanda equipamento de maior custo em relação ao esfigmomanômetro tradicional (MALACHIAS et al., 2016).

Diferentes publicações direcionam atenção para as consequências da utilização de esfigmomanômetros descalibrados para a saúde pública, com um resumo apresentado na Tabela 1. O maior estudo direcionado a esta questão envolveu a avaliação de 1462 esfigmomanômetros de 231 unidades de atenção primária no Condado de Birmingham, no Reino Unido (ROUSE; MARSHALL, 2001). O estudo encontrou 9,2% dos esfigmomanômetros com erros de aferição superiores a 5 mmHg. Considerando uma única aferição da pressão arterial, os autores concluíram que a possibilidade de erro de classificação é maior nos indivíduos mais jovens, onde a prevalência da doença clínica hipertensão também é menor. Chama a atenção que, segundo o modelo de estimativa do estudo, a quase totalidade das mulheres abaixo dos 35 anos diagnosticadas como hipertensas foram assim classificadas por utilização de equipamentos fora de conformidade. Vale ressaltar que o ponto de corte para a definição do diagnóstico de hipertensão no estudo foi de 160 mmHg para a pressão sistólica. No Brasil, este ponto de corte encontra-se situado em 140 mmHg. A utilização do ponto de corte em 140 mmHg provavelmente representaria um aumento na prevalência de hipertensão, e o consequente aumento de erros de classificação.

Turner (2006) avaliou os impactos diretos nos erros de classificação após a realização de três aferições consecutivas com esfigmomanômetros descalibrados. O método de Monte Carlo foi utilizado para a simulação, utilizando como base os dados de uma população australiana derivados do *Australian National Nutrition Survey*, englobando pouco mais de 15 milhões de adultos. Concluiu-se no estudo que, após três visitas, a utilização de esfigmomanômetros descalibrados leva a não detecção de hipertensão arterial sistólica

em 20% dos indivíduos avaliados (falso-negativos), e a detecção inapropriada de hipertensão diastólica em 31% dos indivíduos visitados (falso-positivos). Dado adicional do estudo é o de que o número de indivíduos com hipertensão que deixam de ser diagnosticados aumenta com o número de aferições realizadas, ao ponto em que após 16 visitas, 50% dos indivíduos do sexo masculino entre 55 a 64 anos terminam por não ter o diagnóstico de hipertensão confirmado.

Estudo no cenário da atenção primária do Canadá e da Inglaterra realizou análise de regressão aplicada à população adulta (16 a 75 anos), considerando um erro de apenas 3 mmHg de calibração dos esfigmomanômetros (TURNER; BAKER; KAM, 2004). Ao se considerar um erro de 3 mmHg para cima da pressão sistólica, os autores estimaram um aumento de 24% de falso-positivos. Ao admitir um erro de 3 mmHg para baixo da pressão sistólica, foi estimada uma taxa de falso-negativos de 19%. Ao se considerar a pressão diastólica, foi estimado que 4 em cada 9 usuários foram incorretamente categorizados como hipertensos verdadeiros. No mesmo estudo, ao se assumir um erro de calibração ligeiramente maior, de 5 mmHg para a pressão diastólica, o diagnóstico de hipertensão na população aumenta em 132%.

Até o presente momento, não se identifica na literatura publicação que tenha avaliado o impacto da utilização de esfigmomanômetros descalibrados na atenção primária do Brasil. Filho e colaboradores (2018) avaliaram o impacto dos tensiômetros fora de conformidade no cenário da atenção secundária do Brasil. Para a análise de regressão aplicada, considerou-se um erro de aferição dos esfigmomanômetros de 5 mmHg. Os resultados apontam para uma taxa de falso-negativos que varia de 7,7% a 14,4% ao se considerar a pressão arterial diastólica isoladamente, e de 5,8% a 12,2% ao se considerar a pressão arterial sistólica isoladamente. A taxa de falso-positivos estimada para a população variou de 10,1% a 25,9% ao

se considerar a pressão arterial diastólica isoladamente, e de 6,3% a 32,9% ao se considerar a pressão arterial sistólica isoladamente.

A população brasileira estimada é de 202 milhões de habitantes, com uma prevalência de hipertensão arterial estimada de 36 milhões entre adultos (MALACHIAS et al., 2016). Partindo-se da prevalência estimada de hipertensão arterial, e aplicando os dados do estudo de Rodrigues Filho, a taxa mais conservadora de 6,3% e a mais alta de 32,9% para resultados falso-positivos, pode-se estimar um total de 2.300.000 a 11.900.000 de indivíduos classificados incorretamente como hipertensos no Brasil. A análise aqui considerada leva em conta apenas o viés da utilização de esfigmomanômetros descalibrados, sem considerar as demais variáveis que podem influenciar no resultado da aferição da pressão arterial. A vinculação e o acompanhamento longitudinal são características da atenção primária, sendo habitual que os usuários façam diversas visitas à mesma equipe de saúde. Quanto maior o número de visitas, maior é o potencial de erro no diagnóstico e de classificação dos usuários portadores de HAS. Neste cenário, pode-se antever um grande impacto do erro de diagnóstico de hipertensão decorrente da utilização sistemática de equipamentos descalibrados.

A Tabela 1 resume os estudos sobre repercussões da utilização de esfigmomanômetros descalibrados para a saúde coletiva apresentados neste capítulo.

A atenção à conformidade dos equipamentos utilizados na atenção primária brasileira, considerando o potencial impacto já apresentado, é fundamental para a garantia da assistência de qualidade ao usuário do Sistema Único de Saúde. Ao se direcionar a questão da utilização de esfigmomanômetros fora de conformidade para o cenário da atenção básica, algumas colocações podem ser tecidas. Até o presente momento, não foi identificado em território brasileiro nenhum programa público direcionado à garantia de conformidade dos esfigmomanômetros utilizados na atenção

primária. O reconhecimento de que a utilização de equipamentos fora de conformidade impacta a qualidade da assistência, no cenário da atenção primária, deve fomentar a criação de políticas voltadas a garantir a manutenção periódica dos esfigmomanômetros das unidades de saúde.

Tabela 1 - Estudos sobre repercussões da utilização de esfigmomanômetros descalibrados para a saúde coletiva

Autor e ano	População Referência	Método Análise	Erro aferição considerado	Principais resultados encontrados
Rouse & Marshall, 2001	Atenção Primária, Inglaterra	Modelagem multinível	5 mmHg	100% de falso positivos entre mulheres jovens.
Turner et al, 2004	Atenção Primária, Canadá e Inglaterra	Regressão das curvas de pressão arterial	3 mmHg	24% de falso positivos para a pressão sistólica. 19% de falso negativos para a pressão sistólica. 44% de falso positivos para a pressão diastólica.
Tuner et al., 2006	População geral, Austrália	Monte Carlo	5 mmHg	20% de falso negativos para a pressão sistólica. 31% de falso positivos para a pressão diastólica. 50% de falso negativos entre homens entre 55 a 64 anos, após 16 aferições consecutivas.
Rodrigues Filho et al, 2018	Nível secundário da assistência, Brasil	Simulação de Regressão	5 mmHg	32,9% de falso positivos para a pressão diastólica. 12,2% de falso negativos para a pressão sistólica. 14,4% de falso positivos para a pressão diastólica. 25,9% de falso negativos para a pressão diastólica.

Fonte: Os autores.

Considerações finais

Hipertensão arterial é situação clínica prevalente e reconhecido fator de risco com impacto na saúde pública no Brasil. O esfigmomanômetro aneroide é o modelo mais utilizado no Brasil para a aferição ambulatorial casual da pressão arterial. A utilização de esfigmomanômetros fora de conformidade é um dos vieses que podem levar à obtenção de cifras incorretas da pressão arterial, tornando-se um erro sistemático na aferição da pressão arterial na atenção primária.

O ambiente da atenção primária apresenta particularidades em relação a outros ambientes e níveis de atenção, as quais podem contribuir para a perda da acurácia dos esfigmomanômetros. A avaliação da conformidade dos dispositivos de aferição de pressão arterial é importante no sentido de se garantir a acurácia dos valores obtidos durante a determinação dos valores de pressão arterial. A utilização de esfigmomanômetros descalibrados leva a sérias repercussões para a saúde pública, com até 32% de diagnósticos falso-positivos.

A manutenção dos esfigmomanômetros em condições adequadas de uso depende da correta realização da avaliação periódica, um processo que demanda gestão e recursos financeiros, estes últimos nem sempre disponíveis. O Brasil possui uma rede de certificação de equipamentos biomédicos coordenada pelo INMETRO que, através de parceria intersetorial, poderia ser utilizada para a sistemática manutenção dos esfigmomanômetros disponíveis na atenção primária.

Referências

BARROSO, W. K. S. et al. Prevalence of Masked and White-Coat Hypertension in Pre-Hypertensive and Stage 1 Hypertensive

patients with the use of TeleMRPA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 5, p. 970–975, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança**. Brasília, 2016.

BRASIL. E-SUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **E-SUS. Relatório consolidado de cadastro do território. Município de Santo Antônio de Jesus**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 3 maio 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monografias Municipais. Nordeste/Bahia. Santo Antônio de Jesus. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2980/momun_ne_ba_santoantoniodejesus.pdf>. Acesso em: 2 out. 2019a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2018b.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019.

CHIJOKE, C. P. et al. Availability and functionality of sphygmomanometers at health care institutions in Enugu, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 18, n. 4, p. 544–547, 2015.

CLARK, C. E.; MCDONAGH, S. T. J.; MCMANUS, R. J. Accuracy of automated blood pressure measurements in the presence of atrial fibrillation: systematic review and meta-analysis. **Journal of Human Hypertension**, v. 33, n. 5, p. 352–364, 10 maio 2019.

FILHO, B. A. R.; FARIAS, R. F.; DOS ANJOS, W. Evaluating the impact of measurement uncertainty in blood pressure measurement on hypertension diagnosis. **Blood Pressure Monitoring**, v. 23, n. 3, p. 141–147, 2018.

KALLIOINEN, N. et al. Sources of inaccuracy in the measurement of adult patients' resting blood pressure in clinical settings: A systematic review. **Journal of Hypertension**, v. 35, n. 3, p. 421–441, 2017.

MAIA, K. A. P. et al. Inadequações dos Esfigmomanômetros Utilizados em Serviços de Urgência e Emergência de uma Grande Capital Brasileira. **International Journal of Cardiovascular Sciences** (Impr.), v. 30, n. 2, p. 100–108, 2017.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3 Suppl 3, 2016.

MÁRQUEZ CONTRERAS, E. et al. ¿Evaluamos y controlamos adecuadamente a los hipertensos atendidos en atención primaria?: Estudio HICAP. **Anales de Medicina Interna**, v. 24, n. 7, p. 312–316, 2007.

MION, D.; PIERIN, A. M. G. How accurate are sphygmomanometers? **Journal of Human Hypertension**, v. 12, n. 4, p. 245–248, 1998.

NERENBERG, K. A. et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 34, n. 5, p. 506–525, 2018.

NEVES, R. G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.

NIYONSENGA, T. et al. Impact of terminal digit preference by family physicians and sphygmomanometer calibration errors on blood pressure value: implication for hypertension screening. **Journal of Clinical Hypertension** (Greenwich), v. 10, n. 5, p. 341–347, 2008.

OKAY BAŞAK, Ş. K. Accuracy of sphygmomanometers. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 29, n. 5, p. 487–491, 1999.

PALOTA, L. et al. A verificação da calibração dos manômetros e condições dos esfigmomanômetros aneróides : um programa de educação continuada para enfermeiros supervisores do Hospital de Base. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 11, n. 2, p. 2–6, 2004.

ROUSE, A.; MARSHALL, T. The extent and implications of sphygmomanometer calibration error in primary care. **Journal of Human Hypertension**, v. 15, n. 9, p. 587–591, 2001.

SHAH, N. C. et al. Sphygmomanometers--an audit in general practice. **Australian Family Physician**, v. 33, n. 11, p. 952–954, 2004.

STARKE, S.; SANTA HELENA, E. T. (In)conformidades na mensuração da pressão arterial na atenção primária. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 23–30, 2018.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1941–1952, 2015.

TURNER, M. J. et al. Lack of sphygmomanometer calibration causes over- and under-detection of hypertension: a computer simulation study. **Journal Hypertension**, v. 24, n. 10, p. 1931–1938, 2006.

TURNER, M. J.; BAKER, A. B.; KAM, P. C. Effects of systematic errors in blood pressure measurements on the diagnosis of hypertension. **Blood Pressure Monitoring**, v. 9, n. 5, p. 249–253, 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Global Brief on Hypertension: silent killer, global public health crisis**. New York, 2013. Disponível em: <http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf>. Acesso em 16 de dezembro de 2019.

Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho...

Marla Niag dos Santos Rocha

Micheli Dantas Soares

Ana Lúcia Moreno Amor

A proposta deste capítulo é apresentar o modo de constituição de um objeto de pesquisa no âmbito de um curso de pós-graduação – o Mestrado Profissional em Saúde da Família da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), apresentando os (des) caminhos na construção deste objeto. O texto tem caráter narrativo e reflexivo, porque entrecruza história de vida da autora principal com reflexões de como se construíram nesse processo a pesquisadora e o seu objeto de estudo, permitindo ao leitor compreender os diversos elementos envolvidos com o amadurecimento da agente social, que se propôs a desenvolver uma investigação científica em um curso de mestrado, e que foi tomada de assalto por diversas questões pessoais e profissionais que foram afloradas no percurso.

É válido dizer, para tanto, que o Mestrado Profissional tem o propósito de originar uma atividade ou ação de cunho prático sensível, condizente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta atividade pode tanto atender o âmbito da assistência quanto da gestão em saúde. E neste contexto, entendemos que a apresentação de como um problema de ordem prática se constituiu em objeto de pesquisa seja de grande relevância ao debate acadêmico e ao propósito do mestrado profissional. Parte-se da compreensão, assim, que a reversibilidade deste empreendimento reflexivo possa conduzir a desdobramentos práticos ao final da trajetória formativa do Mestrado.

Outra questão central nesta narrativa é a problematização da formação médica da autora principal e seus impactos, inclusive, sobre a definição do seu objeto de estudo, o qual foi reconfigurado na e pela

experiência. Este que tinha como objeto inicial um delineamento em torno das práticas sexuais e Infecções Sexualmente Transmissíveis em escolares transforma-se no atual objeto, que corresponde à compreensão das trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres *cis* e *trans* em situação de rua na capital da Bahia.

Neste percurso, assumimos a experiência como agenciadora de sujeito e do objeto que se produzem em coemergência. Para tanto, narramos, no traçado desta experiência, como foram sendo produzidos efeitos sobre a composição da pesquisadora e de seu tema de estudo (PASSOS; BARROS, 2015, p. 56). Em tratando-se de um gênero narrativo, em alguns momentos, empregar-se-á a primeira pessoa, além da utilização de relatos do diário de campo, de frases do cotidiano dos serviços, citações bibliográficas, conferindo a forma do objeto, do método e da pesquisadora, e como eles foram se constituindo lado a lado.

Ao longo desta trajetória, ainda, apresentaremos como a cartografia foi articulada como caminho para o processo investigativo em torno do objeto para sua pesquisadora. Partimos do princípio de que a cartografia aqui proposta configura-se como um método aplicável, pois possibilita entender e acompanhar a extensão da sua processualidade e a articulação que constrói com todas as etapas da pesquisa, inclusive com a teórica. Não pressupondo um método rígido, o processo cartográfico sugere um trilhar metodológico que visa construir um mapa (nunca acabado) do objeto de estudo, a partir do olhar atento e flutuante e das percepções e observações da autora principal, que são únicas e particulares, as quais serão cruzadas com a memória do investigador e do investigado (ROSÁRIO, 2016, p. 183).

Cartografia de si...

Sou uma mulher de classe média, nascida e criada no Recôncavo da Bahia, especificamente na cidade de Santo Antônio de

Jesus, onde construções e (re) construções do “eu” foram possíveis. Sou ainda uma mulher considerada, por muitos, branca, dentro do território onde me encontro. Embora me autoidentifique como parda – e, portanto, negra - considerando não só o estereótipo, como também minhas origens [afinal existem diferenças e hierarquias internas no escopo da “branquitude” (SCHUCMAN, 2012, p.12)], entendo minha condição de privilégio pela cor.

A condição de médica e professora de duas instituições públicas de ensino superior concorre para considerar o quão valiosa é a oportunidade de realização de um Mestrado Profissional. Isso se torna nítido, pois a um só tempo se oportuniza a formação docente ao lado do aperfeiçoamento, assim como pode implicar em práticas de cuidado sob uma perspectiva sensível, equitativa, integral e emancipatória.

Entende-se que "quando tem início uma pesquisa cujo objetivo é a investigação de processos de produção de subjetividade, já há, na maioria das vezes, um processo em curso" (BARROS; KASTRUP; 2015, p. 58). Neste sentido, pareceu-nos oportuno narrar o caminho percorrido que contribuiu para que o plano de experiência se desenhe em torno da cartografia no curso do mestrado profissional.

Desta forma, até chegar a este Mestrado Profissional, faz-se necessário contextualizar os caminhos percorridos para se chegar nestes dois ofícios de vida: a Medicina e a Docência.

Sou primeira e única filha de um casal de baianos, de origens e histórias distintas, mas que em comum têm o fato de serem de famílias de classe média, com muitos irmãos. Os dois necessitaram trabalhar desde muito cedo, numa tentativa inclusive de conciliar os estudos e os “bicos” que faziam para ajudar em casa. Não havia “luxos”, mas nunca houve momentos de dificuldades financeiras extremas. A educação sempre foi uma prioridade familiar e estudar em escolas particulares de ensino fundamental e médio foi uma condição privilegiada e importante para os passos seguintes.

O momento da decisão de ser médica não é preciso, mas, por outro lado, nunca houve um autoquestionamento sobre esta decisão. A admiração pela atividade médica sempre foi algo muito precoce, que remetia ao cuidar do outro, ajudar o outro e a função tão idealizada de salvar vidas. Soma-se a isso, talvez, a percepção positiva sobre a Medicina que tenha sido originada através da admiração pelo primeiro profissional médico com quem conviveu – seu pediatra - que foi responsável pelo cuidado ao longo de toda a infância, e sempre foi extremamente competente e de uma atenção ímpar aos seus pacientes. Não é possível também afirmar o quanto que a relevância social e econômica que o ofício da medicina apresenta no contexto das profissões da saúde tenha tido impacto relevante na decisão. Embora entenda-se que o “status” da profissão influencia escolhas, é possível supor, neste momento, que este não foi determinante.

Por outro lado, será mesmo que não se poderia assumir que o status social e financeiro da profissão médica tenha influenciado sobre essa decisão? De certo que sim. Mas não propriamente o impacto que o status social tinha para mim (que nessa época, talvez, nem dimensão exata possuía sobre essas questões), mas para todos os meus familiares, e, sobretudo, para minha avó, que dizia, como se fosse um prêmio de honra ao mérito: “minha neta vai ser médica”.

Mérito! Cresci também ouvindo minha avó e minha mãe falarem: “... aqui em casa, tudo que conseguimos conquistar é fruto de muita batalha... nunca conseguimos nada fácil”. Passar em Medicina, que, nessa época, já era entendida por mim como “O” objetivo da minha vida, não seria diferente! E quando obtive aprovação neste curso, nesse tom de superação, de conquista, de reconhecimento de fortalezas e potenciais próprios, não tive qualquer dúvida de que se tratava do mais puro merecimento. Mérito este por toda dedicação e esforço ao longo dos anos de colégio e cursinho em prol deste objetivo.

Mas, por outra via de reflexão, é curioso falar em mérito quando se tem oportunidade de estudar exclusivamente e em escolas de

referência; mérito quando não se tem preocupações cotidianas de pagamento de contas de luz e água, despesas várias da casa, ou mesmo, o que terá para comer no almoço ou jantar. O mérito só pode ser anunciado, enquanto tal, em condições de vida e de oportunidades equitativas. A compreensão de que o esforço, o empenho e a dedicação não sejam suficientes para um conjunto importante de pessoas, para as quais a realidade e conjuntura são refratárias aos seus desejos e esforços, foi um entendimento paulatino ao longo da caminhada.

Dentro do campo da Medicina a escolha pela especialização em Ginecologia e Obstetrícia foi também gradual e é possível afirmar que há uma intrínseca relação à base familiar e ao protagonismo da mulher nesta decisão. A “Casa das Marias” – como era conhecida a casa da minha avó materna - na qual conviviam avó, tias, primas e mãe, foi o lar onde, de forma “aninhada”, foi construída a base na qual senti a força de mulheres aguerridas no enfrentamento das adversidades de uma sociedade patriarcal, marcada por invisibilidade das mulheres e apagamento de suas potências e superações.

Muitas são as Casas das Marias que são expressivas de iniquidades nas relações de gênero e que reverberam nos processos de saúde-doença-cuidado. Importa destacar neste momento que ter sido filha(s) das Casas das Marias contribuiu para escolhas, olhares e pistas colhidas ao longo do caminho. Escolhas estas que trouxeram um olhar mais atento para o cuidado de mulheres e que, neste momento, está se propondo a ampliar tal compreensão, através do conhecimento de suas trajetórias sexuais e reprodutivas neste percurso do mestrado. Entendemos a relevância deste registro na medida em que consideramos o atravessamento dessas histórias e vivências lançando luzes e vitalidade ao caminho que percorremos, pois que:

Ao desenhar o nosso próprio caminho, desdobrado em algumas páginas deste texto, voltamo-nos

para questões que pediram passagem em nossa trajetória. Cartografar é seguir o movimento e, mais do que isso, inscrever-se nele (GRAEBIN; VIEGAS, 2012, p 123, 131).

O ingresso no curso de Medicina na Universidade Federal da Bahia (UFBA) associou-se à mudança de moradia e cidade. Ali, a formação em saúde percorre o seu curso com as características já anunciadas por diversos autores, quais sejam: hierárquica, hospitalocêntrica e de saberes centralizados (MERHY, 2002, p. 1954; CECCIM; FERLA, 2009, p. 446-47; ALMEIDA FILHO, 2014, p. 2536), dentre tantos outros.

O interesse pela Ginecologia e Obstetrícia surgiu também ao longo da graduação a partir de atividades desenvolvidas junto à Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia na Bahia (LAGOB), somando-se às marcas da Casa das Marias. Assim, outras pistas foram pavimentando o caminho e direcionando para outras vias, a princípio vicinais ... a docência.

A residência médica num hospital-escola permitia o rotineiro contato com estudantes e internos durante plantões, passagens de enfermaria e atividades ambulatoriais. O residente era a primeira “referência” na área, a quem os estudantes recorriam, e a troca de informações/ conhecimentos e orientações começavam a se tornar hábito. E tornava-se um hábito leve, prazeroso, agradável, afinal as trocas que existem em um ambiente acadêmico podem, e devem, ser pautadas no respeito, no compartilhamento e na descentralização do conhecimento.

A (trans)formação de experiências...

Após a finalização da residência em Ginecologia e Obstetrícia, eis que ocorre o ingresso como docente do Eixo de Saúde da Mulher no Curso de Medicina, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), território no qual as raízes estão fincadas e para o

qual retornamos. Este, sem sombra de dúvidas, foi talvez o mais importante movimento de vida que nos mobiliza para este percurso que atravessamos.

A UFRB era a segunda universidade pública federal implantada no Estado da Bahia, após dois séculos. Fruto de uma política de democratização e interiorização do ensino superior, emerge com compromisso político, social e ético com o seu território. E, neste sentido, institui, já na sua conformação, as políticas de ações afirmativas, uma vez que sua comunidade discente é formada, sobretudo, por estudantes negros e oriundos das classes D e E.

O curso de Medicina da UFRB apresenta um modelo de formação estruturado em ciclos, sendo o primeiro ciclo de formação configurado pelo Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) e apresenta um Projeto Político Pedagógico do Curso com denso compromisso ético-político com o Sistema Único de Saúde (SUS). Estes fatores, sem sombra de dúvidas, conferem provocações e reflexões ímpares ao profissional daqui egresso e diplomado, conferindo uma formação pautada em valores humanísticos, de justiça social e de responsabilidade socio sanitária (UFRB, 2016).

O ingresso nesta Universidade possibilitou uma outra perspectiva de formação médica, a partir da qual a experiência cotidiana foi permitindo alargar horizontes de modos de ser e de agir no campo da saúde. Encontros com o corpo docente e discente permitiram o contato com conceitos e experiências de interdisciplinaridade, de compartilhamento e descentralização de conhecimentos e saberes.

Imagens da assistência à saúde começavam a ser problematizadas. E eram frequentes questionamentos como: *“Do que adianta utilizar todo conhecimento do que a ciência preconiza como certo para determinada condição clínica de um paciente, se não procuramos saber nem mesmo se ele terá condição de arcar com os custos?”* Ou ainda: *“Do que adianta criar rodas de conversa num serviço em prol do uso de métodos de prevenção de doenças,*

se não se certificou sobre os entendimentos de riscos, e o quanto as pessoas, influenciadas por questões visíveis e invisíveis, estão dispostas a acatar estes riscos?”.

Outras imagens naturalizadas do cotidiano eram interrogadas, tal como o racismo estrutural, bastante presente em vários ambientes e situações que vivenciamos: *“Olha ao redor e tenta encontrar algum preto sentado nas mesas para comer num restaurante... será que preto nesses ambientes (restaurantes e afins) só estão assumindo as funções laborais?”.*

O Mestrado intensificou e rebuscou o olhar sobre todas essas questões. As “cutucadas” dadas por cada um dos estudantes, por outros colegas da própria instituição e, até mesmo, por aqueles das minhas relações afetivas foram as primeiras provocações que despertaram para novos caminhos. Eles, egressos de um processo de formação do profissional de saúde contra-hegemônico, descentralizador, problematizador, conduziram-me ao entendimento de que o cuidado deve estar voltado ao sujeito. E linha de cuidado efetiva precisa ser acolhedora, atenta e de escuta qualificada; linha de cuidado efetiva não pode ser discriminatória, excludente e/ou opressora; linha de cuidado efetiva deve compreender tudo que cerca o sujeito.

O ingresso posteriormente na Universidade Federal da Bahia (UFBA), enquanto docente, também ofereceu o contexto e o território no qual se delineia a cartografia que se apresenta nesta experiência. Ao assumir atividade docente assistencial, enquanto médica em Pré-natal de risco habitual, passara a desenvolver atividades na USF situada no Complexo Monumental da Faculdade de Medicina da UFBA no Largo do Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador – Pelourinho.

O Pelourinho - o território - foi se constituindo ao longo da trajetória. E assim, o medo inicial, existente nos primeiros passos neste território, ia se redesenhando a cada pista que se apresentava, afinal:

Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção (PASSOS; BARROS, 2015, p.31).

O objeto inicial apresentado ao Mestrado Profissional estava associado a um tema da área de atuação, fruto de observações oriundas do cotidiano da assistência na condição de obstetra e pré-natalista, qual seria: a elevada frequência de adolescentes grávidas, sem planejamento adequado. Este reconhecimento motivou o interesse de conhecer o perfil das práticas sexuais e reprodutivas que envolviam este público, conhecimento este que seria utilizado para elaborar propostas de atividades educativas.

No entanto, em um dos primeiros módulos do mestrado fomos convocados a elaborar um Diagnóstico Situacional de nosso “território”. Enquanto docente na USF do Terreiro de Jesus, decidi realizar o Diagnóstico Situacional do Pelourinho. No curso deste diagnóstico, os dados da USF Terreiro de Jesus produziram novos sentidos sobre a atuação naquele território. Os dados apontavam que 20% dos atendimentos médicos da USF eram destinados à População em Situação de Rua. A partir de então, os receios iniciais de andar pelas ruas do Pelourinho foram cedendo lugar à compreensão das marcas e história daquele território gentrificado, que guarda a ancestralidade em suas ruelas e becos. A captura pelo território aconteceu:

Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, só uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, copiar, imitar ou fazer como. A captura é sempre uma dupla-captura, o roubo, um duplo-roubo, e é isto o que faz não algo de mútuo, mas um bloco assimétrico, uma evolução a-paralela, núpcias sempre “fora” e “entre” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 15).

O objeto de investigação se alterava para a compreensão das trajetórias sexuais e reprodutivas da população em situação de rua no território do Pelourinho e, com ele, foi se produzindo também um

outro modo de agir e de pensar o território, pois que:

Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas (PASSOS; BARROS, 2015, p. 30).

Cartografando no pelourinho...

Este novo objeto foi se atualizando na experiência, produzindo outros modos de se posicionar e agir no território e, com isso, outras aproximações foram sendo forjadas. A Equipe do Consultório de Rua do Pelourinho foi um encontro que permitiu acesso a referências que contam a história do Centro Histórico e de sua população.

O acompanhamento das atividades da Equipe do Consultório de Rua permitiu perceber o vínculo que as pessoas em situação de rua tinham com a equipe, expressas em um relato de um dos moradores: *“O pessoal do consultório de rua olha pra gente diferente do restante do pessoal que trabalha nessa área... eles enxergam a gente como gente mesmo.”*. Vários outros momentos de visitas de campo também produziram impactos e foram definidores desse objeto de estudo.

Outros encontros foram sendo produzidos, dentre os quais destaca-se aquele vivenciado com o grupo “Cuidando de Marias” - grupo criado pela própria equipe do Consultório de Rua, destinado a mulheres cis e população LGBTQ. Em um dos momentos deste grupo, a fala de uma mulher *trans* chamou minha atenção: *“Viver na rua já é difícil; ser mulher em situação de rua ainda mais difícil, imaginem aí o que é também ser uma mulher travesti em situação de rua.”* Vidas já extremamente vulneráveis e vilipendiadas por viverem nas ruas, ainda eram impactadas pelas questões associadas à identidade de gênero.

Outros relatos confrontavam concepções prévias sobre a condição de pessoas em situação de rua. O ambiente das ruas que

soava, a princípio, hostil era apresentado com novas vestes para parte das pessoas com as quais começava a interagir - coexistia uma conotação de liberdade. No ambulatório de pré-natal uma gestante enunciava: *“eu gosto da rua, aqui eu tenho a liberdade que nunca tive”*. Ali, na rua, se conformava uma casa para aquelas mulheres, e se descortinava, para mim, uma outra face das "Casas das Marias". Afinal, tantas são as Casas das Marias

A partir de então, não mais pensava o ambiente de trabalho e as pessoas que atendia a cada semana sem recordar, constantemente, das marcas que elas carregam rotineiramente, dos processos opressores e excludentes que ali – no Pelourinho – existiam. Até chegar ao “consultório”, aquela mulher tem uma vida, um contexto, uma história vivida *per si* e também por todos os seus ancestrais, que ainda marcam, diretamente ou indiretamente, sua existência.

Andar pelas ruas do Pelourinho sem temor, sem receios de ser agredida e/ou roubada passaram a conformar um novo plano de experiência. Ao me despir do medo, da imagem de periculosidade, mais se encurtaram as distâncias dentro deste território existencial, no qual foram se produzindo sujeito, objetivo e investigação.

E foi assim que comecei a atuar no cuidado àquela população, entendendo que jamais conceberia, enquanto mulher branca e privilegiada, todos os infortúnios que eles vivenciam dia a dia. No entanto, a partir do momento que me aproximava sem medo, sem julgamento e sem estigmas, naturalmente já conferiria uma linha de cuidado mais efetiva. Lua Dultra dizia, em sua dissertação de mestrado:

Assumir os privilégios de ser branca e de classe média certamente me ampliaram os horizontes e construíram esse outro olhar diante do outro. Assumir os privilégios é indispensável. Contudo, o que pretendo trazer aqui é o entendimento de que, sim, a produção de cuidado pressupõe diferenças entre as partes, mas dispensa hierarquias (DULTRA, 2018, p. 22).

Este novo plano de experiência produziu também um novo modo de acolher e escutar o outro gradualmente, em meio a erros e acertos. E nesse processo, parafraseando, mais uma vez Dultra: “Tirei o jaleco propriamente e junto dele tirei muita coisa.” (DULTRA, 2018, p. 22).

Por fim, ao lado de tentar compreender as histórias de vida de mulheres cis e trans em situação de rua e os modos de viver sua sexualidade e identidade de gênero, pretende-se, também, produzir novas subjetividades e modos de ser e de agir na linha de cuidado. Cada fato narrado dessa trajetória concorreu para definição deste objeto, pois:

Um território é sempre um tanto enigmático aos estrangeiros. E como conhecê-lo? É necessário cartografá-lo: não apenas percorrer suas ruas para vê-lo, mas também para escutar seus discursos e deixar-se afetar (REIS et al., 2012, p. 855).

Encontrando o objeto de estudo...

Em um certo momento da caminhada, conheci uma mulher *trans*, numa roda de conversa promovida pela Equipe do Consultório de Rua do Centro Histórico de Salvador. Seu nome era Flor Maria (nome fictício). Flor era uma mulher em situação de rua e de prostituição, que vive com o vírus HIV. Recém-egressa de uma penitenciária, vivia em um dos albergues comunitários do Pelourinho. Referiu que desde que tinha saído da penitenciária há três meses não conseguia renovar sua receita para medicações de controle da infecção por HIV e não tinha acompanhamento pertinente para sua condição clínica. Ela pediu ajuda, pois eu havia sido previamente apresentada como a ginecologista e obstetra que fazia atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF) do Terreiro de Jesus (Salvador - Bahia). Pedi, então, que me procurasse em meu turno de atendimento na USF para ajudá-la com os encaminhamentos pertinentes e receitas medicamentosas

apropriadas. No turno e horário em que marquei de encontrá-la, ao chegar na USF, a recepcionista falou: “Doutora, tem um rapaz que procurou a senhora mais cedo, de nome Douglas”. Fiquei sem entender, afinal não tinha marcado compromisso com alguém que se chamasse Douglas. E então me falaram: “Ele disse que estava num encontro com a senhora esta semana, e que a senhora marcou com ele aqui” (sic). Naquele momento, consegui ligar os fatos, e entender que o rapaz a que a recepcionista se referia poderia ser, na verdade, “Flor Maria”. Então perguntei: “Não seria, Flor?”. E ela disse: “Isso mesmo, doutora. Pedimos pra ele retornar agora de tarde”. E naquele dia, ela não retornou.

E esta situação me fez refletir: Flor Maria é “só” mais uma entre várias mulheres que vivem em situação rua, que precisam viver da prostituição, ou ainda que vivem com o vírus HIV. Flor é aquela, que ao chegar nos ambientes públicos, é frequentemente estigmatizada por sua condição de rua, roupa “inapropriada”, condição de higiene e asseio “inapropriados”, e por ser pedinte “importuna”. Mas além de tamanha vulnerabilidade e estigmatização que as ruas conferem, ela também é consequência de uma sociedade que não respeita os processos de subjetivação e diferenciação de sua identidade de gênero. E além de todos esses estigmas já vivenciados, ela será estigmatizada também por “se vestir de mulher”, sendo um “homem de nascença”.

O mais controverso é que Flor vivenciou todas essas afetações num serviço de saúde - ambiente no qual, por teoria, deve-se promover saúde, escuta qualificada e acolhimento adequado; local em que deveria se estar atento ao sofrimento psíquico que os estigmas sociais podem conferir a um indivíduo; e onde se deve compreender a diversidade e se respeitar a autonomia do sujeito. E foi neste serviço de saúde que ela foi, mais uma vez, desrespeitada ao não ser chamada por seu nome social. Foi embora e não mais retornou; e toda vulnerabilidade extrema de sua condição de mulher

trans em situação de rua ainda se intensificava por um processo de adoecimento, que não estava sendo tratado e acompanhado de forma adequada.

Sendo assim, qual é a linha de cuidado que está sendo produzida?

Se a função, enquanto agente de saúde, é apenas tratar doença, nem esta conseguimos lograr êxito, pois não tratamos a de Flor. Se a função é prevenir agravos, além de outros sofrimentos psíquicos, não prevenimos. Se a função é promover acolhimento, não acolhemos. Se a função é construir vínculo com nosso paciente, assim não o fizemos. Se a função é garantir o direito do cidadão, privamos Flor de um direito primaz – o direito de liberdade de expressão – afinal ela não pôde expressar sua identidade de gênero. Enfim, não promovemos escuta, acolhimento ou vínculo.

Quantas “Flor Marias” estão por aí desassistidas, por não se sentirem incluídas e respeitadas nos mais diversos serviços (como, por exemplo, os de saúde)?

Liberman e Lima (2015) ponderaram:

O encontro do cartógrafo com o mundo é criação permanente e delicada, sem garantias, para se saber um pouco mais de si, abrir e ampliar repertórios e conectividades com mundo e para experimentar o que o corpo pode” (LIBERMAN; LIMA, 2015, p 190).

Um novo capítulo...

A partir daí, esse trabalho surge em um momento de aprofundamento sobre uma reflexão acerca da relação território, gênero e sexualidade, procurando compreender as trajetórias sexuais e reprodutivas em mulheres *cis* e *trans* em situação de rua no Centro Histórico de Salvador - Bahia, relacionando-as às percepções e os valores sobre sua sexualidade. Torna-se objetivo do nosso estudo compreender a vivência sobre a sexualidade e gênero das

mulheres *cis* e *trans* em situação de rua. Espera-se conhecer melhor suas experiências através do encontro com os sujeitos, permitindo produzir cuidado adequado a essas mulheres.

Mas isso já fica para... “cenas dos próximos capítulos!” Será uma outra história!

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Nunca fomos flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2531-53, dez. 2014.

BARROS, L. P.; KASTRUB, V. Cartografar é acompanhar processos. *In*: PASSOS, E.; KASTRUB, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52 - 75.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-56, jul. 2008.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DULTRA, L. S. **Acesso da População em Situação de Rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela saúde da família no Centro Histórico de Salvador**. 2018. 242f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde, Salvador-Ba, 2018.

GRAEBIN, C. M. G.; VIEGAS, D. H. Por uma história rizomática: apontamentos teórico metodológicos sobre a prática de uma cartografia. **História Revista**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 123-142, jan.-jun. 2012.

LIBERMAN, F.; LIMA, E. M. F. A. Um corpo de cartógrafo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p.183-93, jun.-ago. 2015.

MERHY E. E. Cartografando na saúde os “inconscientes que protestam. *In: Saúde: Cartografias do Trabalho Vivo*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2002, p. 1953-1957.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In: PASSOS, E.; KASTRUB, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

REIS, S. *et al.* Cartografando territórios: oficinas de fotografia pinhole como dispositivo de ação em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 855-62, jul.-set. 2012.

ROSÁRIO, N. M. Cartografia na comunicação: questões de método e desafios metodológicos. *In: MOURA, C. P.; LOPES, M. I. V. (Orgs.). Pesquisa em comunicação: Metodologias e Práticas acadêmicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016, cap 2, p. 1745-94.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”**: Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. 160f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

UFRB. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Projeto Pedagógico do Curso do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Reformulação Curricular**. Cruz das Almas: 2016.

Fragilidade em pessoas idosas: desafios para a atenção básica

Joana Trengrouse Laignier de Souza

Fran Demétrio

Dóris Firmino Rabelo

Nos últimos anos, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2017 (PNAD), a população de idosos no Brasil manteve sua tendência de crescimento e ultrapassou o número de 30,2 milhões em 2017, o que representa um crescimento de 18% entre os anos de 2012 e 2017 (IBGE, 2018a). Segundo estimativas recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), espera-se que em 2060 o percentual da população com idade acima de 65 anos chegue a 25,5%, somando um total de 58,2 milhões de idosos (IBGE, 2018b). Paralelamente ao crescimento da população idosa ocorre acréscimo no número de pessoas com doenças crônicas e dependência funcional que necessitam de cuidados prolongados. É esperado um aumento no número de idosos recebendo cuidados de não familiares nos próximos anos, devendo este número duplicar até 2020, chegando, em 2040, a valores cinco vezes maiores se comparados a 2008 (DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

Percebe-se, portanto, um cenário em que crescem as necessidades de cuidados de saúde específicos para a população idosa, especialmente sua parcela mais longeva e fragilizada, concomitantemente com o aumento da utilização dos serviços e gastos com a saúde da pessoa idosa. Identificar idosos(as) frágeis e elaborar estratégias de prevenção e reabilitação para essa população pode resultar em minimização de suas consequências adversas (ANDRADE, 2018).

Em nosso país, os grandes centros urbanos apresentam

distribuição demográfica semelhante a dos países desenvolvidos sem dispor, no entanto, de infraestrutura de serviços capaz de responder às demandas da população idosa ali residente. No que concerne à saúde, dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas (SISAP) mostram um aumento percentual de 47,8% para 57,73%, no período de 1998 a 2013, na proporção de utilização de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) por idosos(as), número expressivo e que reflete a necessidade do SUS em estar apto a realizar um atendimento de qualidade a essa parcela da população (FIOCRUZ, 2011).

Cabe à Atenção Básica o reconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e daquelas consideradas patológicas, de forma a instituir cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, dentro de suas competências, e encaminhamento à rede especializada quando necessário. No entanto, nem sempre os municípios dispõem de um programa de cuidado ao idoso na atenção básica que garanta assistência a sua saúde nos diversos níveis e que vise a prevenir, promover, proteger e recuperar sua saúde mediante programas e medidas profiláticas.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é discutir os desafios para a atenção básica no cuidado à pessoa idosa com fragilidade e apresentar a proposta de criação de um modelo de atenção à saúde do(a) idoso(a) coordenado pela atenção básica do município de Vitória da Conquista-BA.

Cuidado ao(à) idoso(a) frágil

Foi publicada em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que estabelece como meta a atenção à saúde adequada e digna à população idosa, especialmente para o grupo de idosos(as) que experimentam um envelhecimento pouco ativo e com doenças crônicas, cursando com incapacidades (BRASIL, 2006). O

cumprimento dessa meta só é possível através da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, organizada pela Atenção Básica (AB), que deve estar preparada e instrumentalizada para reconhecer as necessidades específicas dessa parcela da população, assim como as possíveis ameaças à manutenção de sua saúde e qualidade de vida, visando a restabelecer a funcionalidade e manter a autonomia do indivíduo.

Ainda antes da publicação da PNSPI, o Ministério da Saúde (MS) publicou um Guia Operacional sobre as Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso, onde afirmava o lugar privilegiado da AB, em especial da Estratégia da Saúde da Família (ESF), cujos profissionais de saúde estão habilitados a prestar assistência integral e contínua a todos os membros da família, com abordagem às fases do ciclo de vida, sempre com olhar ampliado para os contextos familiar e comunitário (BRASIL, 2002).

Como resposta às demandas crescentes, em 2014, o MS publicou as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS. Nessa proposta de Modelo de Atenção Integral, a AB novamente figura como porta de entrada e responsável pela ordenação do cuidado à saúde da pessoa idosa, prevendo que todas as pessoas idosas estejam vinculadas à AB, tendo esta como atividades e prioridades a identificação e o registro das suas condições de saúde, em especial os mais vulneráveis, ou seja, a população frágil ou em risco de fragilização no território de sua abrangência (BRASIL, 2014).

Conceituar “vulnerabilidade” pode ser desafiador, uma vez que o termo é frequentemente utilizado em diversas áreas do conhecimento: biologia, ecologia, psicologia, psiquiatria, direito, política. É empregado com objetivos diversos em cada uma das áreas, podendo ter significado bastante amplo. Além disso, pode ser aplicado no campo das políticas públicas, das ciências sociais e ciências da saúde, e na designação de pessoa ou grupo de pessoas que necessitam atenção especial ou proteção, contemplando grupos

que se encontram excluídos de determinada ação ou atividade (HERRING, 2016).

Podemos entender o termo “vulnerabilidade” como característica inerente à condição humana, que se revela em maior ou menor proporção de acordo com as condições em que o indivíduo ou grupo se encontra em determinado tempo e espaço. É uma condição humana de interdependência que nos coloca, em algum momento, dependentes do cuidado de outrem (HERRING, 2016). Assim, alguns grupos sociais, por suas características biopsicossociais, encontram-se mais predispostos a sofrer danos, sejam estes físicos ou emocionais, a exemplo das crianças, mulheres, pessoas com deficiências e pessoas idosas (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

No âmbito dos cuidados à saúde, portanto, a vulnerabilidade é colocada sob o aspecto interrelacional de dependência e confiança que predispõem uma relação de cuidado que inclua empatia, cooperação e simetria, de modo a encontrar maneiras de superar as limitações e equilibrar as desigualdades. No que diz respeito à pessoa idosa, é necessário acrescentar o fato de que, apesar de o envelhecimento ser comum a todos os seres humanos, ele ocorre de maneira diferente para cada indivíduo. Devido aos déficits físicos e mentais que podem ocorrer com a idade, os idosos podem ter dificuldades em manter a independência, além de estarem mais suscetíveis à depressão e ao isolamento (MILLER, 2010).

Para o propósito do cuidado à saúde da pessoa idosa, considera-se o comprometimento da capacidade funcional como o principal marcador de vulnerabilidade, pois coloca o indivíduo em situação de dependência de cuidados. Nos últimos anos, cresceram os estudos sobre Fragilidade em idosos e síndrome clínica multifatorial que cursa predisposição a eventos agressores e consequentes incapacidades (CARMO, 2014).

A Fragilidade é uma condição inicialmente subclínica,

multifatorial, associada a aumento da vulnerabilidade a estressores internos e externos de naturezas diversas. (PEREIRA, 2017) A detecção de idosos frágeis ou em risco de fragilização constitui um desafio para os profissionais da atenção básica tanto pelo desconhecimento de suas características quanto pela falta de parâmetros objetivos para seu reconhecimento. Estudos mostram uma associação entre fragilidade e alto índice de quedas, hospitalização, incapacidade funcional e óbito. Dados da Rede FIBRA (Fragilidade em idosos brasileiros) demonstraram que os idosos frágeis estão mais sujeitos a quedas que idosos robustos, e os idosos pré-frágeis, por sua vez, estão ainda mais sujeitos a estes eventos que os dois grupos anteriores. Da mesma forma, a incidência de hospitalizações e a prevalência de mortalidade em idosos frágeis e pré-frágeis mostraram-se estatisticamente superiores em relação aos idosos robustos (BARBOSA; MANSUR; COLUGNATI, 2018)

Reconhecer precocemente os idosos em risco de fragilização e frágeis na comunidade desponta como uma necessidade no âmbito da saúde pública, a fim de que seja possível estabelecer estratégias específicas para a prevenção e a reabilitação desses idosos evitando, assim, desfechos desfavoráveis. Haja vista a complexidade envolvida nesse reconhecimento, estimular a utilização de instrumentos avaliativos de fácil aplicação capazes de, de maneira simples, estratificar os idosos da comunidade, pode ser um caminho para incluir a Saúde do Idoso de maneira mais eficaz entre as ações programáticas da Atenção Primária à Saúde.

A proposta de um protocolo

A Bahia é o quarto estado brasileiro em números populacionais e o quinto em extensão territorial. Segundo dados do IBGE (2019), tem uma população estimada de 14.873.064 pessoas, e os dados do último Censo Demográfico (2010) traziam um número de pessoas

com 65 anos ou mais próximo a um milhão. O envelhecimento da população baiana, assim como a do resto do país, ocorre de maneira rápida e sem o correto aparelhamento do estado para receber a população mais idosa (IBGE, 2011).

A esperança de vida ao nascer na Bahia em 2015 já chegava a 68,8 anos para os homens e 77,9 para as mulheres; estima-se que essa esperança aumente gradativamente com o passar dos anos e com a melhoria das condições de vida. Segundo dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso), a proporção de idosos na Bahia com 85 anos ou mais em 2010 era de 7,5%, uma proporção mais alta que a nacional para o período, que somava 5,6% (FIOCRUZ, 2011).

A população de idosos no Nordeste não pode ser descrita por dados de outras regiões do país, tendo em vista suas peculiaridades históricas e culturais. Dados do Censo de 2010 mostravam que uma grande parcela dos idosos baianos era analfabeta, contando com uma proporção de 42%, enquanto esse mesmo índice para o Brasil encontrava-se em 26% (IBGE, 2011). Esse dado segue as tendências históricas, uma vez que a maioria dos analfabetos do país reside no Nordeste, um número que se aproxima de oito milhões de analfabetos. Dentre os estados brasileiros, aquele com o maior número de analfabetos em qualquer idade é a Bahia (INEP, 2003).

No que se refere às desigualdades raciais é importante se considerar a composição populacional do estado da Bahia, que segundo os dados do Censo 2010, possui cerca de 76% de sua população total autodeclarados negros (isto é, pretos e pardos). No que se refere à população idosa, cerca de 71% dos idosos baianos se autodeclararam negros, um número expressivamente maior que a proporção total de idosos brasileiros negros, que somam 42%. Quanto à urbanização, o Brasil tem 84% dos idosos residindo em zona urbana, enquanto na Bahia esse número não ultrapassa 70% (IBGE, 2011). Quanto à renda, os idosos baianos apresentam,

majoritariamente, renda de até um salário-mínimo, sendo que cerca de 29% dos idosos vivem com menos de meio salário-mínimo. Pouco mais de 65% dos idosos baianos apresentam alguma deficiência e 6% apresentam alguma incapacidade para as atividades de vida diária (FIOCRUZ, 2011).

Em suma, conclui-se que envelhecer na Bahia pode ser desafiador, dadas as condições sociodemográficas impostas ao longo da história tanto pela formação da população, com base em uma cultura escravocrata, quanto pelas desigualdades econômicas existentes em nosso país. O envelhecimento baiano não pode ser explicado por dados nacionais, e é necessário considerar o(a) idoso(a) baiano(a) inserido(a) em sua realidade para que suas condições de saúde possam ser reconhecidas e que políticas de saúde eficientes sejam estabelecidas.

Vitória da Conquista, por sua vez, é o terceiro maior município do estado da Bahia e o quarto do interior do Nordeste, apresentando extensão territorial de 3.705,838 km² e uma população estimada de 338.885 pessoas segundo dados do IBGE (IBGE, 2018b). O município integra a Macrorregião Sudoeste, que se constitui por 73 municípios e é subdividida em 04 regiões de saúde (Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista). A região de Vitória da Conquista é composta por 19 cidades e abrange uma população de 641.560 habitantes (SESAB, 2019).

Segundo os últimos dados censitários, a população idosa de Vitória da Conquista somava 26.059 habitantes e representava quase 10% da população à época. No que se refere ao sexo, 55,8% eram mulheres; cerca de 7,4% tinham mais de 85 anos, 62% se autodeclaravam negros e apenas 12,15% residiam em zona rural (IBGE, 2011). Segundo dados do SISAP-idoso, 46% dos idosos em Vitória da Conquista são analfabetos, cerca de 62% apresentam alguma deficiência, pouco mais de 10% moram sozinhos e 70% possuem renda nominal de até um salário-mínimo (FIOCRUZ,

2011). Considerando a velocidade de crescimento do município nos últimos nove anos e a sua importância na macrorregião sudoeste, o desenvolvimento de políticas de saúde pública voltadas para a população idosa constitui tema de altíssima relevância.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica no estado em abril de 2020 encontrava-se em torno de 83%, enquanto a cobertura no município de Vitória da Conquista atingia apenas 59% (BRASIL, 2017). A rede municipal de saúde é orientada pela Atenção Básica (AB), constituindo a principal porta de entrada do sistema. Cerca de 66% dos idosos no município encontram-se cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FIOCRUZ, 2011). A AB do município é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde são realizadas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; visitas domiciliares; procedimentos de enfermagem; administração de imunobiológicos; coletas de exames; liberação de medicamentos; encaminhamentos; capacitações; atendimento ao idoso em internação domiciliar por meio do Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL), entre outros (PMVC/SMS, 2018). Atualmente, a rede de AB do município conta com 07 UBS, 33 Programas de ESF com um total de 52 equipes de Saúde da Família, 05 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 01 Odontomóvel e 01 Consultório na Rua (PMVC/SMS, 2018).

A Política Municipal do Idoso, Lei Municipal N° 969/99, garante assistência à saúde do idoso nos diversos níveis, visando a prevenir, promover, proteger e recuperar sua saúde mediante programas e medidas profiláticas. Além disso, prevê a articulação do Centro de Referência em Geriatria e Gerontologia com equipes interprofissionais, concedendo apoio matricial e realizando estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, visando prevenção, tratamento e reabilitação (VITÓRIA DA CONQUISTA, 1999).

No entanto, até o presente momento, não existe nenhuma estruturação dentro da rede de atenção à saúde do município voltada para a assistência à Saúde do Idoso, sendo esta incluída nas estratégias de combate à Hipertensão Arterial e ao Diabetes melito. A Área Técnica de Saúde do Idoso da Diretoria da Atenção Básica, percebendo essa lacuna, iniciou uma parceria com o Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), através da Liga de Geriatria e Gerontologia do Sudoeste Baiano (LIAGE), com o objetivo de estruturar um fluxograma de atendimento aos idosos do município coordenado e iniciado pela AB.

O fluxograma de atendimento ao idoso tem por princípio reconhecer a população idosa como alvo de políticas específicas dentro da rede de atenção à saúde, iniciando por estratificar a população a fim de identificar os indivíduos que necessitam de atendimento especializado, os indivíduos que precisam ter atendimento otimizado dentro da própria unidade básica e aqueles que podem seguir nos programas que já faziam parte anteriormente.

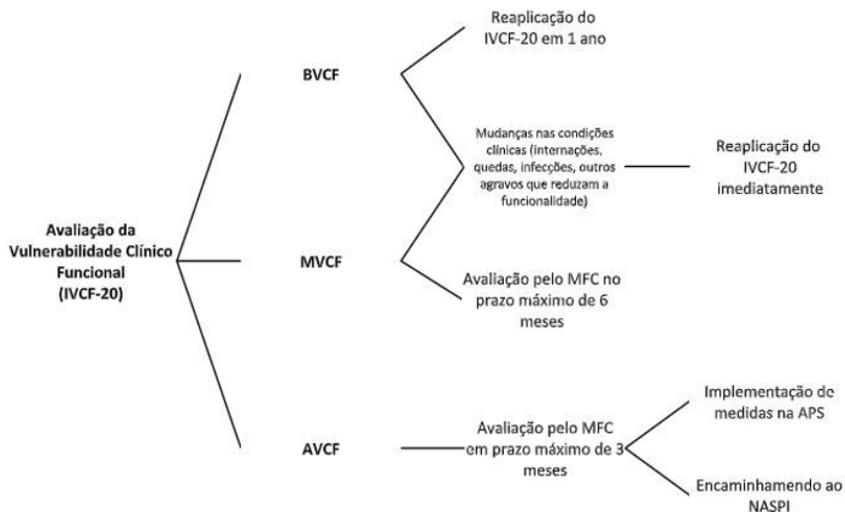
Propõe-se, portanto, nesse modelo, realizar o rastreamento da população idosa mediante a aplicação do instrumento denominado Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - 20 (IVCF-20), partindo-se de um estudo-piloto em unidade previamente selecionada com os objetivos de reconhecer as características dessa população, capacitar os profissionais de saúde na aplicação do instrumento e, a partir desse estudo-piloto, criar um fluxograma baseado nos estratos de vulnerabilidade dentro da rede de saúde do município de Vitória da Conquista.

O IVCF-20 foi desenvolvido e validado em 2014, ancorando-se no modelo de classificação clínico-funcional de Moraes (2014), com o objetivo de constituir instrumento de avaliação de vulnerabilidade de idosos no âmbito da Atenção Básica. Trata-se de um instrumento que foi validado tendo como referência a Avaliação Multidimensional do Idoso, considerada como padrão-ouro. É constituído de 20 questões

distribuídas em oito seções que avaliam idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas (CARMO, 2014).

A partir dessa primeira avaliação realizada através da aplicação do IVCF-20 por qualquer profissional da equipe de saúde da família, especialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devidamente capacitados pela Diretoria da Atenção Básica (DAB) em parceria com o Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), as pessoas idosas serão classificadas, de acordo com a pontuação obtida, como de baixa vulnerabilidade clínico-funcional (BVCF), de moderada vulnerabilidade clínico-funcional (MVCF) ou de alta vulnerabilidade clínico-funcional (AVCF), e seguirão fluxo interno e/ou externo na USF segundo sua classificação.

Os idosos considerados como BVCF deverão seguir com suas ações de saúde habituais e ser reavaliados através de nova aplicação do instrumento no prazo máximo de um ano, a menos que ocorram mudanças em suas condições clínicas, quando, então, devem ser prontamente reavaliados. As pessoas idosas classificadas como MVCF deverão ser avaliadas pelo médico da família e comunidade (MFC) em prazo máximo de seis meses, com o objetivo de verificar as dimensões em que apresentam alterações e implementar medidas necessárias para a manutenção de sua saúde, prevenindo a fragilização e restabelecendo a funcionalidade. As pessoas idosas com AVCF deverão ser avaliadas pelo MFC em prazo máximo de três meses, permitindo que suas condições clínicas e dimensões alteradas sejam apreciadas. Nos casos complexos em que, avaliado o custo-benefício de intervenções de alta complexidade, houver necessidade de avaliação especializada, realizar-se-á encaminhamento do (a) idoso (a) para núcleo de atenção à saúde da pessoa idosa (NASPI). A Figura 1 ilustra o fluxograma na USF.

Figura 1 – Fluxograma de Avaliação da Pessoa Idosa na USF

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Considerações finais

A população idosa, por suas características inerentes ao envelhecimento, bem como por suas condições socioeconômicas e culturais, merece especial atenção no que concerne à saúde. A AB é considerada porta de entrada e coordenadora do cuidado integral e, como tal, deve estar capacitada para reconhecer as necessidades específicas dessa população e responder a suas demandas de saúde. Ações direcionadas à população idosa no âmbito da atenção básica existem, porém não se têm mostrado efetivas em reconhecer as condições de saúde dessa população, uma vez que a saúde da pessoa idosa impõe maior complexidade por envolver diferentes dimensões.

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de estratégias sistematizadas que possibilitem às equipes de saúde incorporarem em seus processos de trabalho o atendimento à pessoa idosa. Esse

atendimento deve priorizar o reconhecimento das incapacidades e deficiências nas diferentes dimensões da saúde da pessoa idosa, de modo a priorizar a manutenção da independência funcional. Nesse sentido, o IVCF-20 se apresenta como um instrumento de triagem de vulnerabilidade clínico-funcional validado para a utilização na AB, multidimensional e de fácil aplicação. Ademais permite, além de estratificar os idosos quanto à vulnerabilidade, direcionar os profissionais de saúde com relação às dimensões que afetam a saúde do(a) idoso(a), auxiliando na criação de um plano de cuidados personalizado. No âmbito comunitário, é possível inclusive programar intervenções coletivas que abordam os principais problemas de saúde da população.

Reconhece-se, no entanto, que a implantação do rastreamento de vulnerabilidade clínico-funcional com o IVCF-20 pode ser desafiadora, uma vez que impõe às equipes de saúde um novo olhar para a pessoa idosa ampliando as ações para além dos programas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. Nesse sentido, a parceria com a universidade é fundamental, promovendo a construção de novos saberes e educação continuada às equipes e fornecendo apoio técnico-científico até a consolidação da iniciativa.

Conclui-se, portanto, que a utilização do IVCF-20 na avaliação da população idosa de Vitória da Conquista constitui estratégia com grande potencial transformador do cuidado integral à saúde da pessoa idosa no município, podendo servir de modelo para outros municípios do mesmo porte.

Referências

BARBOSA, S. R.; MANSUR, H. N.; COLUGNATI, F. A. B. Impacts of frailty on the negative health outcomes of elderly Brazilians. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 836–844, 3 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas.** Brasília: Ministério da Saúde, 104p, 2002.

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006 - **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Diário oficial, p. 19, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica.** Brasília, 2017. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> Acesso em: 04 jun. 2020.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso.** [s.l.] UFMG, 2014.

DUARTE, Y. A. O; BERZINS, M. A. V. S; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do idoso: As lacunas da lei e a questão dos cuidadores. *In:* ALCÂNTARA A.O; CAMARANO A.A; GIACOMIN K.C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 615p, 2016.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso).** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br>>. Acesso em: 28 set. 2019.

HERRING, J. **Vulnerable Adults and the Law.** [s.l.] Oxford University Press, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: características da população. Brasília, 2011. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Agência IBGE notícias, 2018a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População 2018**: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Agência IBGE notícias, 2018b. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Mapa do Analfabetismo no Brasil**. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2003. Disponível em: <<http://inep.gov.br/documents/186968/485745/Mapa+do+analfabetismo+no+Brasil/a53ac9eec0c0-4727-b216-035c65c45e1b?version=1.3>>. Acesso em: 28 set. 2019.

MILLER, J. M. International Human Rights and the Elderly. **Marquette Elder's Advisor**, v.11, n. 2 Spring, p. 343–365, 2010.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 932–942, 2017.

PEREIRA, A. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de idosos no Brasil: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

PMVC/SMS. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Vitória da Conquista, 2018.

SESAB. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. **Planejamento Regional Integrado/Observatório Baiano de Regionalização**. Disponível em: < <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/>> Acesso em 24 jun. 2019.

Informação em saúde: percurso histórico

*João Zallio Coelho
Márcio Florentino Pereira
Antonio José Costa Cardoso
Lorena Aguiar do Carmo
Jéssica Tais Barreto Jorge
Jane Mary de Medeiros Guimarães*

Introdução

No setor saúde, assim como em muitos outros, a informação é fundamental para tomada de decisão e desenvolvimento de ações capazes de impactar a situação de saúde individual e coletiva (PAIM, 1993). Neste sentido, a informação deve ser compreendida como um redutor de incertezas, um instrumento que serve para detectar focos prioritários à atenção e que propicia o planejamento, bem como a execução de ações que viabilizam as transformações necessárias em um dado ambiente (DANIEL, 2013). Assim, as informações em saúde são capazes de gerar conhecimento sobre a realidade e permitir a análise de situação de saúde individual e coletiva, atuando como subsídio fundamental no processo de tomada de decisão (PAIM, 1993).

Daniel (2013) enfatiza que o uso de informações em saúde para planejar, acompanhar, avaliar e retroalimentar a nova tomada de decisões consiste em uma ação estratégica dentro de um processo gerencial, ou seja, um esforço empreendido para possibilitar a execução de um determinado plano tático.

Nessa perspectiva, a matéria-prima são produtos da combinação de dados e da interpretação do sujeito que avalia a situação. Resultado do processamento de dados coletados, a informação é uma descrição qualitativa ou quantitativa da realidade

que, associada a um referencial explicativo, traduz um processo de aquisição de conhecimento (PAIM, 1993).

De acordo com Rodrigues e colaboradores (2015), todas as atividades realizadas por um sistema de saúde geram dados que podem produzir informações. O conjunto articulado dos dados gerados nas unidades operacionais do sistema de saúde englobam aspectos que vão desde os custos dos serviços de saúde até a taxa de mortalidade da população. Considerando a diversidade de dados e informações produzidas nas diferentes unidades operacionais, que interessam não apenas à própria unidade, mas a todo o sistema de saúde, surgem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para organização destes dados, que, dentre outras finalidades, propiciam a avaliação permanente das ações realizadas e do impacto obtido sobre a situação de saúde.

No Brasil, a saúde pública utiliza as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para informatização dos dados dos SIS desde meados da década de 1970, uma estratégia que proporciona a otimização dos processos de trabalho e pode favorecer a integração e divulgação dos diversos dados, além de promover a democratização do acesso a esse conteúdo (DANIEL, 2013). Os SIS são constituídos por diferentes subsistemas que produzem dados relacionados às atividades setoriais em saúde, o que gera grandes bancos de dados nacionais (RODRIGUES et al., 2015).

A produção científica sobre os SIS no Brasil tem tratado da orientação da gestão de unidades públicas, das práticas de gestores, da natureza e controle dos processos de trabalho e da percepção de usuários, principalmente por meio de relatos, ensaios, estudos de caso e pesquisas avaliativas. Há, no entanto, uma importante lacuna sobre a qualidade da informação, sua trajetória, características, funcionamento e efetividade.

O presente capítulo objetiva traçar os marcos temporais e históricos sobre os SIS e a sistematização da informação no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foram consultadas leis federais, livros, periódicos, cartilhas e manuais produzidos e encontrados no site do Ministério da Saúde (MS).

Para fins de realizar o levantamento histórico acerca da trajetória dos SIS no contexto do SUS, consultou-se o site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Ademais, visando a enriquecer a caracterização do percurso histórico dos SIS no Brasil, também foi utilizado como referencial a literatura científica que aborda a análise da informatização da Saúde no Brasil, a qual foi identificada através de pesquisas utilizando-se “Sistemas de Informação em Saúde” como termo de busca na biblioteca da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e nas bases de dados BIREME e Google Acadêmico.

Sistemas de informação em saúde no Brasil

No âmbito da saúde, a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis constitui uma condição essencial para a análise objetiva da situação de saúde, assim como para a tomada de decisões e para a programação de ações de saúde. Este fato evidencia o valor da informação, o qual está intimamente associado à capacidade que esse significativo tem de alterar o estado do conhecimento, o que, por sua vez, corresponde a um dos principais insumos ao processo decisório (PONTELLI; BALDO, 2013).

No Brasil, os primeiros SIS surgiram na década de 1970 (Figura 1). Em 1975, foi criado o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), importante subsídio para a orientação do desenvolvimento de atividades nas diversas esferas da saúde pública. Com base nessas informações, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas.

Sete anos mais tarde, em 1982, foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS),

gerido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao INAMPS. Posteriormente, a fonte de dados do SAMHPS era a Guia de Internação Hospitalar (GIH), substituída pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em agosto de 1984. Dentre outros avanços, esse SIS permitiu disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada (LEVCOVITZ; PEREIRA, 1993).

Em 1976 foi proposta a criação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pelo extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Essa proposta teve como base a construção de um SIS para a vigilância do estado nutricional, direcionado ao diagnóstico e ao tratamento da desnutrição infantil. No entanto, não foi concretizada em nível nacional. Somente em 1990, com a promulgação da lei 8.080/1990, houve a recomendação da adoção do SISVAN no âmbito do SUS. Desse modo, o SISVAN passou a ter objetivos mais amplos, como possibilitar o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2004).

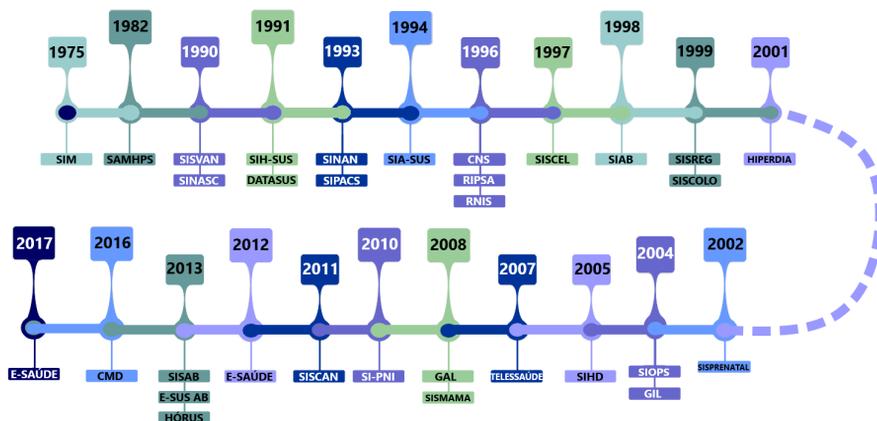
Também em 1990, o Brasil passou a ter, oficialmente, uma fonte de Estatísticas sobre Nascidos Vivos por meio da Lei nº 6.015/1973. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) tornou possível a coleta de dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional, e passou a fornecer dados sobre natalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. Cabe destacar que o SINASC foi informatizado desde seu início, tendo sido o primeiro Sistema em Informações de Estatísticas Vitais desenvolvido para microcomputadores (BRASIL, 2001).

Com a promulgação da Constituição de 1988, regulamentada através da lei 8.080/1990, foi instituído o SUS. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ficou incumbido de implantar o Sistema de Informações Hospitalares do

Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) a partir de 1º de julho de 1990 em âmbito nacional, tendo como base o SAMHPS e seu instrumento, a AIH (DATASUS, 2018). Assim, no ano de 1991, o SAMHPS/AIH foi renomeado como SIH/SUS, única fonte de informações sobre a morbidade hospitalar no país; apesar da renomeação, não sofreu modificações significativas em sua dinâmica e logística, de modo que continuou a ser realizado pela equipe da DATAPREV, embora também transferida para o MS e renomeada posteriormente como DATASUS. Desta forma, a mudança mais expressiva ocorrida nesse SIS foi referente a sua extensão aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais (DATASUS, 2018).

O SIH-SUS vem sendo utilizado em estudos relacionados à Epidemiologia, à Economia em Saúde, à Análise de Situação em Saúde e ao Planejamento de Gestão em Saúde, apesar da qualidade duvidosa em função da não inserção dos dados no sistema pelos profissionais da saúde, o que torna necessário a realização de estudos sobre a qualidade desse banco (LIVRAMENTO, 2019).

Figura 1 - Principais Sistemas de Informação em Saúde



Fonte: Elaboração dos autores.

Criado também em 1991 como órgão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) pelo Decreto 100 de 16 de abril, o DATASUS passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde, atividades antes desenvolvidas pela DATAPREV. Atualmente, seu sistema é considerado pela OMS e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como um dos mais completos do mundo. A fundação DATASUS tem como responsabilidade prover suporte de informática ao processo de planejamento, operação e controle dos órgãos do SUS (LIMA, 2015). Em vista disso, objetiva, principalmente, estruturar os SIS, bem como auxiliar a gestão dos diversos níveis de atenção em saúde, fortalecendo assim o processo de administração descentralizada do SUS.

Em 1992 houve a criação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIASUS, que começou a ser implantado em julho de 1994 nas Secretarias Estaduais que estavam substituindo o Guia de Autorização de Pagamento (GAP) e o Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social (SICAPS) para financiar os atendimentos ambulatoriais. A partir de 1996, foi largamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde. Em 1997, o aplicativo passou a processar os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), atividades que permitem o repasse financeiro para estados e municípios segundo parâmetros orçamentários estipulados pelos gestores. Mensalmente, os gestores, além de gerarem os valores devidos a sua rede de estabelecimentos, enviam ao DATASUS-RJ uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados, que fornece, por sua vez, ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS) os valores do teto de financiamento a serem repassados para os gestores (DATASUS, 2018).

Em 1993, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) começou a ser implantado de forma gradual e diferenciada

nos vários municípios brasileiros, uma vez que não havia uma coordenação à frente desse processo nas três esferas de governo. Em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) constituiu uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo *software* para o SINAN, além de estratégias para sua implantação em todo o território nacional (BRASIL, 2006). Nesse mesmo ano, o uso do SINAN foi regulamentado (BRASIL, 2006), tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal.

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória; ademais, os estados e municípios podem incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (BRASIL, 2006). Cabe mencionar que, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) em 2003, as atribuições do CENEPI passaram a ser de responsabilidade da SVS.

Também no ano de 1993 foi implantado o primeiro sistema de informação em saúde para a Atenção Básica (AB), o Sistema de Informação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), que tinha como lógica de funcionamento a coleta de dados de populações das áreas de abrangência das equipes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (SOARES, 2016). Esse sistema surgiu a partir da necessidade de atingir os princípios de regionalização e descentralização do SUS e a consolidação da AB como porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro, bem como de fornecer subsídios para a melhoria das políticas públicas da AB.

Em 1995, a OPAS instituiu a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, que tem por objetivos apoiar esforços dos países-membros em reunir dados e informações para caracterizar a situação de saúde no continente, bem como tornar esses dados disponíveis ao público em geral (RIPSA, 2018). Nesse contexto, ainda em 1995, o MS e a Representação da OPAS no Brasil acordaram em cooperar

no aperfeiçoamento de informações para a saúde (RIPSA, 2018). Tal cooperação culminou na criação, em 1996, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que tem como objetivo promover a disponibilização adequada de dados básicos, indicadores e análises da realidade sanitária brasileira e de suas tendências. Assim, a Rede integra instituições responsáveis por informação em saúde no País, produzindo dados que subsidiam processos de formulação e avaliação de políticas públicas de saúde (RIPSA, 2018).

Houve também, em 1996, a criação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), um projeto do Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS, coordenado pelo DATASUS, que teve como objetivo integrar e disseminar as informações de saúde no país através da Internet. Esse projeto foi pioneiro na inclusão digital institucional no Brasil, integrando todos os municípios brasileiros e facilitando o acesso e o intercâmbio das informações em saúde. Com isso, a RNIS contribuiu para a melhoria da gestão, controle social, planejamento e pesquisa no SUS (DATASUS, 2018).

Em 1998, iniciou-se o desenvolvimento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como um instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde. O SIAB incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, o que fez com que esse SIS assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. O SIAB tinha como objetivos monitorar e avaliar a implantação, assim como os resultados, da AB. O SIAB foi utilizado de 1998 a 2013 e trouxe diversos benefícios para a gestão da AB; contudo, em razão da emergência em atender aos novos conceitos tecnológicos de integração e interoperabilidade, a partir de 2013 o SIAB foi substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (SOARES, 2016).

Em 1999, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) foi implementado por meio da Portaria SAS/MS nº 408, de 30 de agosto de 1999, como instrumento de destaque no sistema

de avaliação do Programa Viva Mulher. Em 2006, a Portaria SAS/MS nº 287/06 determinou a implantação de uma nova versão desse SIS com mudanças substanciais, e definiu também que o SISCOLO passasse a corresponder ao sistema oficial do MS a ser “utilizado para o fornecimento dos dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de Papanicolau” (BRASIL, 2015a, p. 137).

Apesar de previsto em instrumentos normativos do sistema de saúde brasileiro desde o ano de 1996, regulamentado pela Portaria nº 940/11, a implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) iniciou-se somente em 1999 (CUNHA, 2002). O Cartão tem como objetivo a identificação e acompanhamento do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde, independentemente dos locais de realização dos mesmos. Este registro contém as informações dos pacientes da rede pública de saúde, como dados pessoais, contatos e documentos.

Atualmente, o CNS funciona como um instrumento de identificação do usuário do SUS, sendo requerido nos sistemas informatizados de saúde que demandam identificação dos indivíduos. O CNS possibilita o registro do histórico de atendimentos e procedimentos realizados de cada cidadão no âmbito do SUS (SOARES, 2016). Assim, o CNS é “entendido como um instrumento fundamental para articular a execução descentralizada dos serviços e o caráter nacional e único do sistema de saúde” (CUNHA, 2002, p. 870).

No período de 1999 a 2002, aconteceu o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um sistema WEB desenvolvido pelo DATASUS/MS a pedido do DRAC/SAS (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/Secretaria de Atenção à Saúde), disponibilizado gratuitamente para uso dos estados e municípios (BRASIL, 2016a). Esse *software* permite o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, abrangendo

desde a rede básica à internação hospitalar, fornecendo a base para as atividades das Centrais de Regulação. Atualmente, encontra-se na sua 3ª versão, desenvolvida em 2006 (BRASIL, 2015a).

O MS instituiu, em junho de 2000, por meio da Portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Logo em seguida, no ano de 2002, foi disponibilizado pelo DATASUS um *software* para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, o SISPRENATAL, de uso obrigatório nas unidades de saúde, que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante, o que permite o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal de forma organizada e estruturada (BRASIL, 2005).

A partir do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, aprovado em janeiro de 2002, por meio da Portaria nº 16/GM, foi instituído, segundo a Portaria Conjunta nº 02 de março de 2002, o Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e disponibilizado um instrumento para o cadastramento das informações desses pacientes, o SIS-Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Esse sistema pôde ser implantado nas unidades ambulatoriais do SUS, produzindo informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e MS, sendo uma ferramenta útil para profissionais da AB e gestores no enfrentamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BASTOS, 2009).

Em 2005, a Portaria SAS/MS nº 510 estipulou a implementação do processamento dos dados do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD). Esse SIS, utilizado pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, seus distritos e regionais, apresenta-se como uma ferramenta de processamento das AIH de forma descentralizada, garantindo maior autonomia ao gestor local no processamento das informações relativas a internações hospitalares e no acompanhamento das ações planejadas (BRASIL, 2016a). O

sistema utiliza o cadastro de estabelecimentos mantido pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) (BRASIL, 2007).

Ainda em 2005 foi desenvolvido o Gerenciador de Informações Locais (GIL), com o intuito de otimizar e integrar os sistemas ofertados e implantados pelo MS por intermédio do DATASUS. O GIL facilita a organização dos prontuários dos pacientes, possibilita agendar os atendimentos, registra as informações dos atendimentos de cada paciente, aplicações e esquemas de vacinação, elimina a redundância de trabalho possibilitando a entrada de dados dos vários SIS da AB, bem como a coleta de dados dos atendimentos realizados pelas equipes do PACS/PSF (BRASIL, 2007). Assim, o GIL é capaz de gerar informações do perfil de morbidade da população atendida para a gerência local, propiciando sua exportação para o nível municipal (BRASIL, 2007).

Dois anos após a criação do GIL, iniciou-se o Programa Telessaúde Brasil Redes (TELESSAÚDE), uma ação nacional que pretendeu melhorar a qualidade do atendimento da AB no SUS, integrando ensino e serviço por meio de tecnologias da informação que promovem a Teleassistência e a Teleducação, a fim de reduzir custos e tempo de deslocamentos, bem como otimizar os recursos (BRASIL, 2016a).

Em 2008, foi elaborado pelo MS o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), por meio da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) e do DATASUS, com o intuito de aperfeiçoar as informações laboratoriais (BRASIL, 2007). O GAL é um sistema de gerenciamento e apoio às atividades dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), e tem como objetivo informatizar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental, proporcionando a redução de custos, a padronização dos resultados e a celeridade das ações em saúde (BRASIL, 2007).

Paralelamente ao desenvolvimento do GAL em 2008, houve a instituição do Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA, por meio da publicação da Portaria SAS/MS nº 779/08, que consiste em um módulo do SIASUS para monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama. Diante disso, o SISMAMA foi definido como o SIS oficial do MS para fornecimento de dados informatizados relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama (BRASIL, 2013).

Em 2009 foi concebido o Sistema Hórus, um sistema de informação WEB, disponibilizado aos estados, Distrito Federal, municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) pelo MS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O sistema foi desenvolvido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE), em cooperação com o DATASUS/SGEP e a Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS/PE; BRASIL, 2014), para atender às singularidades da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, por meio de três componentes: básico, estratégico e especializado.

O Hórus tem como objetivo qualificar a gestão e os serviços de assistência farmacêutica nos três níveis de governo. Desde a sua implantação, observou-se, dentre outros aspectos, melhorias do controle técnico e científico da qualidade da assistência farmacêutica, da dispensação dos medicamentos e da atenção à saúde. Contudo, segundo Costa e Nascimento (2012), a maior lacuna identificada associada ao uso desse sistema correspondeu à falta de inserção do Hórus na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, em processo de consolidação no País.

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) foi desenvolvido pelo DATASUS- RJ em 2010. Esse programa possibilita a entrada de dados individuais e por procedência, permite o acompanhamento do vacinado em vários lugares do Brasil, bem como

a localização da pessoa a ser vacinada. Permite ainda a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, período de tempo e área geográfica (BRASIL, 2015b). Apesar do SI-PNI estar em funcionamento desde 2010, a expansão de sua utilização não foi impulsionada em razão da falta de equipamentos de informática nas salas de vacina do País (BRASIL, 2018).

Em 2013, visando a subsidiar os programas nacionais de combate ao câncer do colo do útero e de mama com dados pertinentes, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em parceria com o DATASUS, desenvolveu o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra o SISCOLO e SISMAMA (BRASIL, 2013).

Conforme supracitado, em 2013, através da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho, o SIAB foi substituído pelo SISAB, a fim de melhorar a gestão da informação na área da AB. O SISAB integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (SOARES, 2016). A estratégia e-SUS AB é composta por dois *softwares* para captação de dados, denominados Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que alimentam o SISAB. Somada ao CNS, a estratégia e-SUS AB possibilita a produção de informações que retratam a saúde do cidadão de maneira única, e ambos representam um avanço significativo para a melhoria e fortalecimento das políticas públicas voltadas para atenção primária (SOARES, 2016).

O Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), instituído pela Resolução CIT nº 6, de 25 de agosto de 2016, é uma estratégia do Sistema Nacional de Saúde (SNS) para redução da fragmentação dos SIS que possuem dados de caráter clínico-administrativo da atenção à saúde. O CMD visa a substituir os

principais sistemas de informação da atenção à saúde do país como o SIA, SIH e o Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), bem como seus subsistemas de coleta e apoio. É obrigatório em todo o SNS, abrangendo pessoas físicas e jurídicas que realizam atenção à saúde pública ou privada, integrantes ou não do SUS (BRASIL, 2016b).

Em 2017, o MS lançou o aplicativo e-Saúde, novo canal de comunicação entre o MS e o cidadão. Esse aplicativo foi criado pelo DATASUS e pode ser acessado por *tablets* e *smartphones*. De modo geral, essa ferramenta oferece informações em saúde de uso pessoal e restrito a cada cidadão brasileiro, como, entre outras, o acesso aos dados do CNS e acompanhamento do cartão de vacinação.

O levantamento histórico do desenvolvimento dos SIS no SUS também evidencia problemas comuns a quase todos os sistemas de informação: desde questões relacionadas à alimentação das bases com dados confiáveis até a falta de integração entre muitos SIS. Entretanto, o principal problema, crônico, continua sendo a não utilização das informações disponíveis para a tomada de decisões pelos gestores.

Considerações finais

Este estudo apresentou uma sistematização a respeito da trajetória dos SIS no Brasil no âmbito do SUS. É importante compreender a história do SIS como estratégia para a garantia do acesso com equidade aos serviços disponibilizados pelo SUS. Essa construção histórica revela um conjunto de ações convergentes para assegurar o acesso aos serviços de saúde. O sistema que compreende os dados relacionados à atenção básica (AB) atualmente é o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que é operacionalizado pelo e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (RODRIGUES et al., 2015). De 1975, quando foi criado o Sistema de

Informações de Mortalidade (SIM), até os dias de hoje, foram muitos os avanços. Entretanto, a superação das limitações depende do envolvimento dos gestores e trabalhadores do SUS na implantação, utilização e aprimoramento contínuo dos SIS, na medida em que o principal problema, crônico, continua sendo a não utilização das informações disponíveis para a tomada de decisões pelos gestores e trabalhadores de saúde.

Referências

BASTOS, M. P. **Sistemas de Informação em Saúde: o seu uso no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos: um estudo de caso do Sistema Remédio em Casa utilizado no município do Rio de Janeiro**. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos do sistema de informações sobre nascidos vivos**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 316 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional. **Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Sinan. **Normas e rotinas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Produtos e Serviços. **Cartilha de sistemas e aplicações desenvolvidas no Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2013.

BRASIL. Hórus: **Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica**. 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/horus_folder.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: **Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS**. Brasília: Cidade Gráfica e Editora LTDA, 2015a.

BRASIL. **SI-PNI**. 2015b. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CMD**. 2016b. Disponível em: <<https://conjuntominimo.saude.gov.br/#/cmd>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual do usuário do SIPNI (Desktop): **Módulo de cadastro de pacientes -(registro vacinação individualizada) e Movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinação**. Ministério da Saúde, 2018.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR, J. M. HÓRUS: Inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 91-99, 2012.

CUNHA, R. E. Cartão Nacional de Saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 869-878, 2002.

DANIEL, V. M. **Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS: uma análise de estados brasileiros**. 2013. 426 f. Dissertação (Mestrado em Administração e negócios) — Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Informações em Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/RNIS/historico.htm>>. Acesso em: 09 jan 2018.

LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 57).

LIMA, A. C. et al. **DATASUS: o uso dos Sistemas de Informação na Saúde Pública**. FATEC Zona Sul, v. 1, n. 3, p. 01-04, 2015.

LIVRAMENTO, H. L. **Desenvolvimento de nova funcionalidade para o sistema de informação hospitalar para registro e análise por distrito sanitário e bairro no município de Salvador**. 2019. 43 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

PAIM, J. **Projeto de organização do sistema de informação de saúde a nível local** — Programa Calabar, Documento elaborado para o IBIT, Salvador. 1993.

PONTELLI, B. P. B.; BALDO, G. B. Sistemas de informação em saúde: estratégia para o planejamento em gestão. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, v.6, n.6, 2013.

RIPSA. **Dados sobre a constituição e história da RIPSA. Rede Integral de Informações para a Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/vhl/historico/>>. Acesso em: 02 fev 2018.

RODRIGUES, P. V. et al. Sistemas de Informação em Saúde. *In*: PINHO, J.R.O. (Org.). **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**. São Luís: EDUFMA, 2015. p. 01-61.

SOARES, E. V. B. **Atenção básica e informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência**. 2016. 42 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública na Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

Práticas integrativas e complementares como boas práticas em saúde mental

*Andrezza Lima Muricy
Helena Moraes Cortes*

Introdução

O modelo de atenção à saúde mental tem sofrido mudanças ao longo da história no Brasil. A psiquiatria tradicional, baseada no modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, foi inicialmente questionada nos anos 1970 com as primeiras críticas e denúncias ao cenário de descaso e violência imprimida às pessoas em sofrimento psíquico no interior das estruturas asilares (BRASIL, 2005; AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse contexto, fortaleceu-se progressivamente a reforma psiquiátrica brasileira em favor da defesa da saúde coletiva e da equidade na oferta dos serviços àquele que sofre mentalmente. Em 2001, foi sancionada a Lei Federal 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica) que redirecionou a assistência em saúde mental para a oferta de cuidado em serviços de base comunitária e dispôs sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O modelo de atenção psicossocial defendido pela reforma psiquiátrica busca o rompimento do paradigma asilar/hospitalocêntrico medicalizante e luta pela qualificação do cuidado e pela valorização do sujeito, considerando seu histórico de vida e contexto psicossocial com o intuito de promover a reinserção social, o desenvolvimento de autonomia e a consolidação do cuidado integral (FERNANDES et al, 2018)

Apesar da reorientação do modelo de atenção defendida pela reforma psiquiátrica, o modelo biomédico e medicalizante ainda

é muito presente nos diversos serviços de saúde no Brasil - e nas concepções de muitos trabalhadores -, dificultando, portanto, a consolidação do cuidado integral desses sujeitos (FERTONANI et al, 2015).

Neste contexto, destacam-se práticas terapêuticas não convencionais que possibilitam o cuidado integral em saúde mental, denominadas pelo Ministério da Saúde “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)”, as quais são, portanto, práticas institucionalizadas pelo SUS. Essas práticas são baseadas em um modelo de cuidado humanizado, centrado no sujeito e promotor da autonomia do cuidado, além de atuarem e valorizarem a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde integral do sujeito (BRASIL, 2015). Outras práticas integrativas e complementares não institucionalizadas, como as práticas de curadores tradicionais (rezadores e xamãs) e religiosas de origem africana, têm sido relatadas na literatura científica como possibilidades de cuidado em saúde mental no território, especialmente no Brasil (ESCOBAR, 2012; MELLO; OLIVEIRA, 2013; SOUSA; TESSER, 2017).

No final da década de 1970, a OMS expressou o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado das medicinas tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde (WHO, 2013). Nos países latino-americanos expandiu-se a oferta de terapias e medicinas alternativas que contemplam os sistemas médicos antigos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurveda, e também as medicinas populares, como as xamânicas ou ligadas às tradições africana e indígena (LUZ, 2005). Na América Latina, assim como no Brasil, portanto, sobressaíram-se três grandes grupos de medicinas complementares/alternativas, a saber: medicina tradicional indígena, medicina de origem afro-americana e terapias que geralmente são derivadas de sistemas médicos complexos tradicionais que têm

sua própria racionalidade, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurveda ou, ainda, a homeopatia, que se legitimaram frente à ciência e às instituições de saúde (LUZ, 2005).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – 2006 – legitimou e impulsionou a inserção das PICS no SUS por meio da homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Com a Portaria nº 849, de 27 de março 2017, as seguintes 29 práticas passaram a ser ofertadas no SUS: ayurveda, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais, além da homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As propostas de cuidado defendidas pelas PICS e pelo modelo de atenção psicossocial, no cenário atual, convergem por promoverem uma abordagem terapêutica centrada na pessoa, de forma ampla e integral, considerando o sujeito no seu contexto social, aproximando-o da sua família e da comunidade, além de estimularem a autonomia e o autocuidado (TESSER; SOUSA, 2012; CARVALHO et al, 2017)

Considerando o estímulo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento da segurança, eficácia e qualidade das PICS no cuidado em saúde, bem como no seu uso como oferta de cuidado em nível da Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2013; BRASIL, 2015), o presente estudo buscou analisar as evidências na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS como estratégias de cuidado em saúde mental no território.

Método

O presente estudo baseia-se em uma revisão narrativa da literatura. A opção por esse tipo de revisão se deu pela necessidade de analisar o estado da arte do tema proposto (ROTHER, 2007). O levantamento foi realizado a partir das seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, Pubmed e Scielo, entre os meses de maio e novembro de 2019. Foram utilizados os seguintes descritores para a busca dos artigos: homeopathy; medicine, chinese traditional; plants, medicinal; phytotherapy; meditation; music therapy; naturopathy; reflexotherapy; therapeutic touch; yoga; apitherapy; aromatherapy; manipulation, chiropractic; color therapy; acupuncture therapy; auriculotherapy; medicina antroposófica; arteterapia; biodança; dança circular; osteopatia; shantala; terapia comunitária integrativa; termalismo social; bioenergética; constelação familiar; geoterapia; hipnoterapia; imposição das mãos; ozonioterapia; terapia de florais; complementary therapies; medicina tradicional brasileira; ayahuasca; mental health. Os critérios de inclusão foram: artigos na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS no cuidado em saúde mental, editados em língua portuguesa e inglesa, e compreendidos entre 2013 e 2019. Ao final da pesquisa, foram selecionados 19 artigos nas bases de dados consultadas. Os resultados surgiram após serem lidos os resumos e selecionados os que mais se aproximavam do objeto de estudo. Os resultados foram analisados pelo método comparativo com a literatura científica.

Resultados e discussão

Os resultados foram agrupados em duas categorias temáticas, a saber: práticas integrativas e complementares em saúde institucionalizadas pelos SUS (15 artigos), e práticas integrativas e

complementares em saúde não institucionalizadas pelos SUS (04 artigos).

Práticas integrativas e complementares em saúde institucionalizadas pelo SUS

O levantamento na literatura nacional e internacional sobre o uso das PICS em saúde mental vêm mostrando evidências favoráveis ao uso dessas terapias no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico (BONON et al, 2013; RAVINDRAN et al, 2016).

A busca realizada na literatura, considerando as 29 práticas integrativas e complementares em saúde institucionalizadas pelos SUS, evidenciou as seguintes terapêuticas: acupuntura, auriculoterapia, movimentos meditativos, reiki, homeopatia, aromaterapia, musicoterapia, arteterapia e terapia comunitária integrativa (Quadro 1). As principais evidências serão discutidas a seguir.

A acupuntura é um recurso terapêutico da medicina tradicional chinesa (MTC) que, através da inserção de finas agulhas em pontos específicos espalhados pelo corpo somático ao longo dos chamados meridianos, estimula estes pontos levando à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde. O tratamento pode ser usado de forma isolada ou integrada com outras estratégias de cuidado (BRASIL, 2018).

Amorim et al (2018) avaliaram o uso da acupuntura e da eletroacupuntura no tratamento de pessoas com transtornos de ansiedade. O estudo realizado buscou ensaios clínicos em que a ansiedade fosse tratada como alvo terapêutico e não como medida secundária ou associada a uma condição clínica. Mesmo pontuando a necessidade de mais pesquisas nessa área, encontraram que há evidências positivas para o uso da terapia com acupuntura, considerando-se que os resultados terapêuticos são efetivos e há menos efeitos colaterais do que o tratamento convencional

farmacológico.

A auriculoterapia, considerada por algumas correntes de conhecimento como derivada da MTC, é uma das PICS mais amplamente utilizadas na assistência à saúde. No Brasil, é abordada como a fusão das técnicas terapêuticas das escolas chinesa e francesa (BRASIL, 2018).

O uso da auriculoterapia como estratégia de cuidado para o tratamento de quadros de indivíduos que sofrem com insônia, ansiedade, transtornos do humor e abuso de substâncias psicoativas apresentou evidência positiva em um estudo realizado em duas unidades básicas de saúde em Florianópolis (FERREIRA, 2016). Sobre seu uso em quadros de tabagismo, De Paiva Silva et al (2014) realizaram um ensaio clínico que evidenciou que o tratamento com auriculoterapia contribuiu na redução do número de cigarros fumados em 61,9% dos participantes.

Outro exemplo de PICS utilizada no cuidado em saúde mental é a homeopatia. Essa é uma racionalidade médica que considera a pessoa como um todo de caráter holístico e vitalista. O tratamento busca desencadear o sistema de cura natural do corpo por meio de substâncias altamente diluídas (BRASIL, 2018).

Nos Estados Unidos da América, a homeopatia é usada por pouco mais de 2% da população. Dossett et al (2018) mostraram evidências positivas do uso da homeopatia em casos de doenças infecciosas, controle da dor, transtornos de saúde mental e tratamento do câncer. Em relação à saúde mental, dados observacionais de um estudo de coorte na França com usuários que procuraram atendimento devido a transtornos ansiosos ou depressão, e que utilizavam práticas homeopáticas exclusivas ou juntamente com medicamentos convencionais, evidenciaram que estes usuários eram mais propensos a apresentarem melhora clínica quando comparados com aqueles que utilizavam, exclusivamente, práticas convencionais. Além disso, os participantes apresentaram menos comorbidades

clínicas, insônia, episódios de tentativa de suicídio e maior chance de redução da medicação (GRIMALDI-BENSOUA et al, 2016).

Um estudo no México, que comparou o uso do medicamento homeopático individualizado *versus* placebo e fluoxetina *versus* placebo em mulheres peri e pós-menopáusicas com quadros de depressão moderada a grave, mostrou que, após o tratamento de seis semanas, o grupo homeopático foi mais eficaz que o placebo, sendo a taxa de resposta de 54,5% e a taxa de remissão de 15,9% no grupo estudado (DEL CARMEN MACÍAS-CORTÉS, 2015).

Sobre as terapias mente-corpo, Zou et al (2018) avaliaram os efeitos terapêuticos dessas práticas (especificamente, o Tai Chi, o Qigong e o Yoga) para o tratamento de pessoas com transtorno depressivo maior. Evidenciou-se que os movimentos meditativos podem ter efeitos positivos no tratamento do transtorno depressivo maior sem efeitos adversos significativos. Essa evidência sugere a possibilidade desses exercícios como alternativa e/ou abordagem do tratamento para essas pessoas em sofrimento psíquico.

As práticas de Qigong, Yoga e Tai Chi usam a respiração abdominal como a técnica típica. Um estudo apontou para a redução dos níveis de cortisol, além da ação nas vias GABA (ácido gama-aminobutírico) do córtex pré-frontal e da ínsula, e da inibição da hiperatividade da amígdala, sendo, portanto, uma explicação dos movimentos meditativos terem uma influência nos quadros de depressão (ZOU et al, 2018).

Em relação à arteterapia, Willrich et al (2018) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer as contribuições dessa PIC na reabilitação de usuários de um CAPS de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul. Os usuários eram participantes das oficinas de expressão, música e artesanato. O estudo identificou que a arteterapia tem um papel fundamental na reabilitação e reinserção psicossocial, além da melhora da qualidade de vida dos sujeitos.

Resultados similares foram encontrados em um estudo em

cenário hospitalar. Morais et al (2014) realizaram entrevistas em um hospital dia de Londrina, no Paraná, em 2012, com o objetivo de compreender o significado da arteterapia com argila para os usuários de saúde mental internados. Concluiu-se que o uso de argila promoveu autoconhecimento, autocompreensão, estimulou a criatividade e proporcionou vivências menos sofridas de suas dificuldades, conflitos e sensações como medo e angústia, além de alívio de sintomas ansiosos.

No campo das terapias energéticas, por exemplo, Freitag et al (2015) buscaram identificar a produção científica sobre o reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde. Os resultados apontaram que o reiki é uma técnica que parece provocar resposta positiva em diversas situações de saúde, tanto de forma isolada como aliada ao tratamento medicamentoso. Um dos estudos encontrados abordou a contribuição terapêutica do reiki para o equilíbrio das necessidades física, mental, emocional e espiritual do ser humano, levando a uma vivência mais harmoniosa com o meio em que a pessoa vive, além de trazer autoconhecimento (SALOMÉ, 2009).

Kurebayashi et al (2016) avaliaram a efetividade da massagem e do reiki na redução de estresse e ansiedade em voluntários que buscaram atendimento em um ambulatório especializado. O ensaio clínico concluiu que a massagem e a massagem combinada ao reiki se mostraram efetivas na redução dos níveis de estresse e ansiedade. Ainda são escassos os estudos do uso de reiki em pessoas em sofrimento psíquico.

No contexto dos estudos sobre musicoterapia, em 1944, nos EUA, iniciou-se a avaliação dos efeitos terapêuticos dessa prática no cuidado em saúde. Reconhecida oficialmente enquanto ciência durante a Segunda Guerra Mundial, trata-se de uma ferramenta que busca aprimorar a qualidade de vida e melhorar as condições físicas, sociais, emocionais, comunicativas, intelectuais, espirituais e o bem-estar do sujeito (GODY, 2014).

Barcelos et al (2018) realizaram uma revisão integrativa com o intuito de identificar os fatores positivos da musicoterapia em pacientes com transtornos mentais. Evidenciou-se que a musicoterapia pode ser utilizada como estratégia não medicamentosa complementar ao tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico. A experiência musical pode proporcionar efeitos positivos no metabolismo, como redução da fadiga, maior concentração e uma frequência respiratória mais regular. A interação entre o musicoterapeuta e o indivíduo incentiva a expressão de emoções e possibilita uma comunicação interpessoal mais efetiva, proporcionando bem-estar e promovendo a autonomia do indivíduo cuidado. Concluiu-se, portanto, que a musicoterapia é uma potente estratégia complementar para apurar o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico por promover bem-estar e efeitos positivos fisiológicos e cognitivos. São necessários, ainda, outros estudos que avaliem a eficácia da musicoterapia como abordagem terapêutica no cuidado de pessoas com transtorno mental.

No campo das terapias biológicas, a aromaterapia constitui-se como uma técnica baseada no uso de óleos essenciais de plantas aromáticas, administrados por via dérmica ou olfativa, que visa à promoção da saúde física e mental (BRASIL, 2018). Estudos têm mostrado que a aromaterapia tem-se configurado como um recurso terapêutico seguro para redução de sintomas ansiosos, depressivos, agitação psicomotora e agressividade (DOMINGOS; BRAGA, 2015; SÁNCHEZ-VIDAÑA, 2017).

Domingos e Braga (2014) realizaram um estudo com aromaterapia na internação psiquiátrica e encontraram benefícios dessa prática, representados pela diminuição dos sintomas ansiosos, físicos e psíquicos e a melhoria do padrão de sono dos usuários. Esses efeitos foram avaliados por meio da percepção que o usuário atribuiu ao cuidado de enfermagem e ao tratamento médico.

Uma revisão sistemática publicada em janeiro de 2017, com

o objetivo de analisar as evidências clínicas sobre a eficácia da aromaterapia para sintomas depressivos evidenciou que tal terapia apresentou opção terapêutica eficaz para o alívio dos sintomas em uma ampla quantidade de estudos. A massagem associada à aromaterapia mostrou ter mais efeitos benéficos do que a aromaterapia por inalação (SÁNCHEZ-VIDAÑA, 2017).

Em relação aos estudos sobre terapia comunitária integrativa (TCI), Carvalho et al (2013) buscaram analisar as contribuições da TCI na vida cotidiana de usuários de um CAPS. Foram consideradas as mudanças de comportamentos, as estratégias aprendidas e a importância que a TCI representa na vida desses usuários. Evidenciou-se que essa PIC possibilitou a construção de estratégias de inclusão e reabilitação psicossocial à medida que os usuários participantes têm buscado reorganizar suas vidas cotidianas no âmbito do trabalho, do espaço familiar e das relações sociais.

Rocha et al (2013) analisaram relatos descritivos das TCI realizadas em 2008 em João Pessoa, na Paraíba, com o objetivo de identificar as situações de sofrimento emocional mais frequentemente relatadas e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas para essas situações. Apontou-se que os principais problemas encontrados foram relacionados ao estresse, ao trabalho e às questões familiares. As principais estratégias referidas para esse enfrentamento foram o fortalecimento da espiritualidade, o diálogo e o desenvolvimento de atitudes de perdão. O estudo ainda apontou que a TCI é uma estratégia de cuidado em saúde mental por promover apoio emocional, estimular fortalecimento de vínculos e inclusão social das pessoas.

Em síntese, os estudos encontrados em relação ao tratamento envolvendo as PICS institucionalizadas pelo SUS evidenciaram pontos positivos quanto à melhora da qualidade de vida e bem-estar, à redução de sintomas associados ao sofrimento psíquico e à produção de efeitos colaterais mais brandos quando em comparação com o tratamento farmacológico convencional. A maioria dos estudos

pontuou a necessidade de se desenvolver mais pesquisas sobre a temática em questão, pois as pesquisas envolvendo PICS e saúde mental ainda são escassas na literatura.

Práticas integrativas e complementares em saúde não institucionalizadas pelo SUS

Paralelamente às práticas institucionalizadas pelo SUS existem práticas e recursos da medicina não tradicional que também são usadas como estratégia de cuidado em saúde e são relatadas nos estudos científicos. Dentre essas práticas verifica-se o benzimento, que é definido como “ato de benzer com ou sem sinal da cruz, acompanhado de orações com fórmulas especiais, supersticiosas” (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001, p. 434). É uma atividade terapêutica que pode envolver elementos como imposição de mãos, gestos em cruz, água, terços, plantas, entre outros, que busca ajudar o próximo por meio de imposição de mãos ou pensamento focado (MARTA et al, 2019). O estudo realizado por Marta et al (2019), em Mato Grosso do Sul, com dez benzedeadas residentes em áreas cobertas pelos serviços de atenção básica, evidenciou que os usuários buscam o benzimento como recurso para solucionar problemas biológicos e emocionais, entre outros, e pontuou o não reconhecimento dessa prática pelas equipes de saúde.

Em relação às práticas da medicina tradicional de origem africana, Mello e Oliveira (2013) realizaram uma pesquisa etnográfica em um templo religioso afro-brasileiro, localizado no Rio de Janeiro, buscando compreender as relações da religiosidade com a saúde. Os autores evidenciaram que as práticas religiosas umbandistas realizadas no terreiro estudado são complementares às práticas médicas oficiais, pois promovem um espaço de acolhimento à pessoa em sofrimento, a criação de uma rede de apoio social e a ressignificação do processo saúde-doença aos sujeitos.

Em relação ao uso da Ayahuasca (AYA) - alucinógeno botânico

tradicionalmente utilizado por grupos religiosos da região noroeste da Amazônia para fins rituais e medicinais - Osório et al (2015) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito antidepressivo por meio da administração de uma dose de AYA. Seis voluntários com diagnóstico de transtorno depressivo maior recorrente participaram do estudo, e para mensurar a ação antidepressiva foram utilizadas as escalas de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery & Asberg (MADRS), além da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS). Evidenciou-se potente efeito antidepressivo e ansiolítico com o uso da AYA com início de ação mais precoce quando se compara aos antidepressivos disponíveis no mercado (OSÓRIO et al, 2015)

O trabalho de Fontes (2017) buscou avaliar o efeito antidepressivo da AYA em pessoas com depressão com efeitos resistentes ao tratamento farmacológico. Foi realizado um ensaio clínico duplo-cego randomizado e placebo controlado com 35 pessoas apresentando depressão resistente ao tratamento. Observam-se efeitos antidepressivos significativos comparados ao placebo e às taxas de respostas (redução de 50% nos sintomas), avaliadas pelos escores MADRS e HAM-D, as quais foram elevadas para ambos os grupos, AYA e placebo, no dia um e no dia dois. Já no dia sete, a taxa de resposta foi maior no grupo ayahuasca (64% AYA x 7% vs placebo). A taxa de remissão (ausência de sintomas depressivos) avaliada foi significativa no grupo AYA - 36% AYA vs 7% placebo (FONTES, 2017).

Em relação ao uso de AYA, os estudos relatados apontam efeitos positivos no tratamento de transtornos ansiosos e depressivos, chamando a atenção para o rápido efeito do AYA em comparação aos tratamentos farmacológicos tradicionais.

Concebe-se que, além da eficácia em nível biológico e farmacológico de substâncias encontradas na flora brasileira, os saberes e as práticas tradicionais são, também, produtores de saúde, pois proporcionam a valorização e o resgate cultural dos sujeitos e

a criação de uma rede social de apoio e ressignificação do processo saúde-doença a partir de vivências centradas em aspectos culturais, sociais, espirituais e biológicos, prestigiando, portanto, a abordagem integral do sujeito.

O Quadro 1 abaixo sintetiza as principais evidências encontradas nos estudos analisados.

QUADRO 1 – Síntese das evidências sobre o uso das PICS em saúde mental		
PRÁTICAS OFERTADAS PELO SUS - Portaria nº. 849, de 27 de março 2017		
PRÁTICA	AUTOR	RESULTADOS
Acupuntura	Amorim et al (2018)	Menos efeitos colaterais que tratamento farmacológico no transtorno de ansiedade
Auriculoterapia	Ferreira (2016)	Estratégia de cuidado em quadros de insônia, ansiedade, transtornos do humor e abuso de substâncias
	De Paiva Silva et al (2014)	Redução do número de cigarros fumados em 61,9% dos participantes tabagistas
Movimentos Meditativos (Tai Chi, Qigong e Yoga)	Zou et al (2018)	Efeitos positivos nos quadros de transtorno depressivo maior.
Reiki	Freitag et al (2015)	Equilíbrio necessidades física, mental, emocional e espiritual. Escassos estudos em pessoas com sofrimento psíquico.
	Kurebayashi et al (2016)	Massagem e a massagem combinada ao reiki se mostraram efetivas na redução dos níveis de estresse e ansiedade.
Homeopatia	Dossett et al (2018)	Nos transtornos ansiosos ou depressivos apresentam maior chance de redução da medicação, menos comorbidades clínicas, insônia e história de tentativa de suicídio.
	Del Carmen Macías-Cortés (2015)	Grupo controle com depressão moderada a grave na peri- e pós-menopausa foi mais eficaz que o placebo

Aromaterapia	Domingos e Braga (2014)	Redução sintomas ansioso, depressivos, agitação psicomotora e agressividade
	Sánchez-Vidanã (2017)	Eficácia para redução de sintomas depressivos
Musicoterapia	Barcelos et al (2018)	Promove bem-estar, efeitos positivos fisiológicos como redução da fadiga, maior concentração, frequência respiratória mais regular, além da promoção da autonomia do cuidado.
Arteterapia	Willrich et al (2018)	Reabilitação e reinserção, além da melhora qualidade de vida dos sujeitos entrevistados
	Morais et al (2014)	O uso de argila promoveu autoconhecimento, autocompreensão, estimulou a criatividade e proporcionou vivências menos sofridas de suas dificuldades, conflitos e sensações como medo e angústia, além de alívio de sintomas ansiosos dos usuários envolvidos.
Terapia Comunitária Integrativa	Carvalho et al (2013)	Inclusão e reabilitação psicossocial à medida que os usuários participantes têm buscado reorganizar suas vidas no âmbito do trabalho, espaço familiar e relações sociais
	Rocha et al (2013)	Promove apoio emocional, estimula fortalecimento de vínculos e inclusão social das pessoas
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NÃO INSTITUCIONALIZADAS PELO SUS		
PRÁTICA	AUTOR	RESULTADOS

Ayahuasca	Osorio et al (2015)	Ayahuasca (alucinógeno botânico) tem efeitos ansiolíticos e antidepressivos com ação mais precoce em pacientes com transtorno depressivo.
	Fontes (2017)	No dia sete a taxa de resposta - redução de 50% nos sintomas antidepressivos - foi de 64% ayahuasca vs 7% placebo. A taxa de remissão - ausência de sintomas depressivos - foi significativa no grupo ayahuasca (36% ayahuasca vs 7% placebo).
Benzimentos	Marta et al (2019)	Os usuários procuram as benzedeiros para solucionar problemas biológicos, emocionais, sociais e espirituais.
Práticas religiosas umbandistas	Mello e Oliveira (2013)	Práticas num terreiro de Umbanda possibilitou a ressignificação do processo saúde-doença, criação de uma rede social de apoio e influencia na aceitação pela comunidade das pessoas em sofrimento, possibilitando a esse acolhimento e bem-estar.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Considerações finais

Em diferentes níveis de atenção à saúde, as PICS apresentam evidências relacionadas à promoção do autoconhecimento e cuidado, ressignificação de sensações e sentimentos relacionados ao sofrimento psíquico, além da reinserção social dos sujeitos, especialmente aqueles que sofrem mentalmente.

Nesse cenário, as PICS, por meio de diferentes racionalidades médicas, terapêuticas não provenientes da medicina convencional, práticas meditativas, corporais, artesanais e voltadas para o desenvolvimento da expressividade, no contexto do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, possibilitam a reelaboração do lugar de sua doença promovendo, além da terapêutica, melhora da qualidade de vida e promoção do autocuidado em saúde.

Nesse sentido, a presente revisão narrativa do tema revelou que as PICS apresentam evidências positivas como estratégia de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, estando alinhadas com o modelo de atenção psicossocial e podendo ser uma proposta de redirecionamento de práticas de cuidado em saúde mental.

Considerando-se a APS como acesso inicial às pessoas em sofrimento psíquico, é importante pontuar a discussão e o fortalecimento dessas terapêuticas como recursos possíveis na oferta de cuidado em saúde mental no contexto da RAPS.

Nesta linha de raciocínio, sugerem-se outros estudos que se ofereçam a analisar possibilidades de cuidado em saúde mental tendo as PICS como eixo condutor, a exemplo do que foi analisado no presente trabalho em relação ao estado da arte dessas práticas, institucionalizadas ou não pelo SUS, segundo a perspectiva de ordenamento do cuidado em saúde mental em um município da região metropolitana de Salvador.

Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMORIM, D. et al. Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 31, p. 31-37, 2018.

BARCELOS, V. M. et al. A musicoterapia em pacientes portadores de transtorno mental. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1054-1059, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, DF: Autor, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BONON, M. M. et al. **Saúde mental: possibilidades de interação com as racionalidades médicas e as práticas integrativas e complementares em saúde.** 2013.

CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, out. 2013.

CARVALHO, J. L. S. et al. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.

DE PAIVA SILVA, R. et al. Contribuições da auriculoterapia na cessação do tabagismo: estudo piloto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 883-890, 2014.

DEL CARMEN MACÍAS-CORTÉS, E. et al. Individualized homeopathic treatment and fluoxetine for moderate to severe depression in peri-and postmenopausal women (HOMDEP-MENOP study): a randomized, double-dummy, double-blind, placebo-controlled trial. **PLoS One**, v. 10, n. 3, p. e0118440, 2015.

DOMINGOS, T. S.; BRAGA, E. M. Significado da massagem com aromaterapia em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 6, 2014.

DOMINGOS, T. S.; BRAGA, E. M. Massagem com aromaterapia: efetividade sobre a ansiedade de usuários com transtornos de personalidade em internação psiquiátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 453-459, 2015.

DOSSETT, M. L.; YEH, G. Y. Homeopathy use in the United States and implications for public health: a review. **Homeopathy**, v. 107, n. 01, p. 003-009, 2018

ESCOBAR, José Arturo Costa. **Ayahuasca e saúde: efeitos de uma bebida sacramental psicoativa na saúde mental de religiosos ayahuasqueiros**. Recife. Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

FERNANDES, A. D.; LOURENÇO, M. S. G.; MATSUKURA, T. S. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro/Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the brazilian context. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, 2018.

FERREIRA, D. D. et al. **Práticas integrativas e complementares (PICs) no cuidado em saúde mental: a experiência em unidades básicas de saúde em Florianópolis**. 2016.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FONTES, F. P. X. **Os efeitos antidepressivos da ayahuasca, suas bases neurais e relação com a experiência psicodélica**. 2017.

FREITAG, V. L.; ANDRADE, A.; BADKE, M. R.. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Enfermería global**, Murcia , v. 14, n. 38, p. 335-345, abr. 2015.

GRIMALDI-BENSOUDA, L. et al. Homeopathic medical practice for anxiety and depression in primary care: the EPI3 cohort study. **BMC complementary and alternative medicine**, v. 16, n. 1, p. 125, 2016.

GODOY, D. A. Musicoterapia, profissão e reconhecimento: uma questão de identidade, no contexto social brasileiro. **Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XVI**, n, v. 16, p. 6-25, 2014.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, v. 1, 2001.

KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 15, p. 145-176, 2005.

MARTA, I. E. R. et al. Benzimentos e benzedadeiras: um estudo etnográfico sobre recursos terapêuticos tradicionais. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1080-1089, 2019.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 1024-1035, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 849, de 27 de março 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2017.

MORAIS, A. H. et al. Significado da arteterapia com argila para os pacientes psiquiátricos num hospital de dia. **Investigación y educación em enfermería**, v. 32, n. 1, p. 128-138, Apr. 2014.

OSÓRIO, F. L. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 13-20, 2015.

RAVINDRAN, A. V. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 61, n. 9, p. 576-587, 2016.

ROCHA, I. A. et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 155-162, Sept. 2013.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007.

SALOMÉ, G. M. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensiva após aplicação do Reiki. **Saúde Coletiva**, v. 6, n. 28, p. 54-58, 2009.

SÁNCHEZ-VIDAÑA, D. I. et al. The effectiveness of aromatherapy for depressive symptoms: A systematic review. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2017, 2017.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00150215, 2017.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 336-350, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. 2013.

WILLRICH, J. Q.; PORTELA, D. L.; CASARIN, R. Atividades de arteterapia na reabilitação de usuários da atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 3, 2018.

ZOU, Liye et al. Effects of meditative movements on major depressive disorder: A systematic Review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of clinical medicine**, v. 7, n. 8, p. 195, 2018.

Residência médica em medicina de família e comunidade na Bahia

Augusto Roberto Vidreira Batista

Lohana Guimarães Souza

Lina Faria

Márcio Florentino Pereira

Antonio José Costa Cardoso

Jane Mary de Medeiros Guimarães

Apresentação

A formação médica no Brasil vem sofrendo significativas mudanças no seu papel social e como ela é desenhada dentro da academia para atender as demandas da sociedade e do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO; WUO; HEINZELE, 2018).

No Brasil, foi somente a partir de 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que a saúde se estabeleceu como direito universal. Em seu artigo 200, inciso III, a Constituição estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem, como uma de suas competências, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Em 1990, o SUS foi regulamentado pelas Leis 8080 e 8142, que dispõem das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Em 1994, com base nos princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) que, doze anos depois, se tornaria a Estratégia Saúde da Família (ESF) que organiza, no âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) e incorpora diferentes profissões para atuação em equipes de saúde (CAMPOS, 2014; SILVA et al, 2015; PEDUZZI, 2016; SIMAS et al., 2018).

Dentro da realidade de transição demográfica vivida pelo Brasil nos últimos 30 anos, a partir da Constituição de 1988, deu-

se o surgimento de novos desafios para a saúde nacional, como o enfrentamento de doenças crônicas e o cuidado com os transtornos da saúde mental. Assim, novos olhares se fazem necessários para o ordenamento e para a estratégia de cuidados à população, sem que se deixe de citar o envelhecimento da população (mudança da pirâmide etária), a mudança do cenário socioeconômico e o aumento da população (MENDES, 2015).

Atenção primária no contexto brasileiro

Conforme STARFIELD (2002), a APS deve ser capaz de resolver em torno de 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve atuar na prevenção e na promoção da saúde, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como base e porta para a assistência nos níveis secundário e terciário. A ESF é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território adscrito por meio da promoção, da prevenção, da recuperação, da reabilitação e da manutenção da saúde da comunidade.

A ampliação da ESF, principal estratégia de APS no contexto brasileiro, influenciou a abertura de cursos na área da saúde em instituições de ensino em todo o país, em função da abertura de novos postos de trabalho. Entretanto, essa expansão se apresenta como um desafio por requerer formação em larga escala de médicos, enfermeiros, odontólogos e outros profissionais de saúde com competência tanto para atuar em equipe nesse nível de atenção quanto para desenvolver práticas colaborativas (ALMEIDA FILHO et al, 2015; MACHADO; XIMENES NETO, 2018; SIMAS et al., 2018).

No campo da medicina, emergiu a necessidade de se ampliar o acesso à residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A MFC é a especialidade médica da integralidade da APS, estratégica para a reconfiguração dos sistemas de saúde. São

conferidas à MFC as atribuições de cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário. Assim, a medicina de família e comunidade é um componente imprescindível da atenção primária à saúde (ANDERSON; GUSSO; DE CASTRO FILHO, 2005). Essa especialidade se fundamenta em princípios que envolvem a atuação da APS centrada na pessoa, a educação médica continuada, o humanismo e a formação de liderança, aspectos fundamentais para o bom desenvolvimento da APS e a consolidação de um sistema de saúde resolutivo, abrangente e capaz de gerenciar seus recursos de forma eficaz (DE OLIVEIRA, 2014).

As contribuições do médico de família para o sistema de saúde, segundo Kidd (2016), estão relacionadas aos seus conjuntos de atributos que caracterizam a especialidade e são diversas. Dessa forma, vale ressaltar que a importância desse profissional desponta nos muitos papéis que ele pode desempenhar: prestadores de atenção à saúde, líderes, administradores e supervisores, além de coordenadores gerais da atenção à saúde individual e da comunidade.

A educação e a formação com qualidade em serviço na residência em Medicina de Família e Comunidade são essenciais e parte crucial na ajuda para que os sistemas de saúde tenham uma base de profissionais de atenção primária bem treinados. A formação médica, além da construção de habilidades, deve estar associada a investimentos estruturantes nos Sistemas de Saúde, pois sem redes de assistência capacitadas, a atuação do profissional, mesmo que altamente qualificado, se torna limitada com mínima resolutividade dos problemas de saúde individuais e coletivos (KIDD, 2016).

Segundo Campos e Izecksohn (2010), existe uma carência de médicos com formação específica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), apenas cerca de 10% dos médicos que exercem o papel de médicos de família

e comunidade têm formação específica. Dentre as modalidades de especialização em MFC, considerando a complexidade da formação médica, a modalidade de Residência Médica é reconhecida como padrão-ouro (KNUPP, 2012; BRASIL, 2013; ANDERSON E RODRIGUES, 2008).

A título de exemplo, países como Inglaterra, Canadá e Holanda, que contam com sistemas de saúde universais e fortes de APS, dispõem de políticas que controlam as vagas de residência médica, que é obrigatória. Em torno de 40% dos cursos de residência médica nesses países são de Medicina de Família e Comunidade. Já no Brasil, cerca de um terço do total de graduandos ficam sem uma vaga nos cursos de residência e, do total de vagas, apenas 8% destinam-se à Medicina de Família e Comunidade (SAMPAIO, 2014). Há uma significativa defasagem entre as vagas oferecidas e a demanda dos municípios brasileiros por este especialista: 1.047 vagas em MFC, por ano, no Brasil, é um número que, evidentemente, fica aquém da necessidade do SUS, posto que a meta do Ministério da Saúde é implantar um total de 40 mil equipes de Saúde da Família em médio prazo.

O presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar os impactos da expansão da formação médica e da evolução recente na oferta de vagas nos programas de residência em medicina de família e comunidade na Bahia.

Aspectos jurídicos e normativos

O quadro normativo dos cursos de graduação em medicina compreende a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (BRASIL, 1996), as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (BRASIL, 2001), a Lei que institui o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) e as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), de aplicação obrigatória.

Lançado em 2013, o Programa “Mais Médicos” integra um conjunto estratégico de ações do Governo Federal que visa a melhorar o acesso e a qualidade do SUS por meio de mudanças na formação médica, investimentos em infraestrutura das unidades básicas de saúde e provimento de médicos para atuação em regiões de maior vulnerabilidade social e sanitária (OLIVEIRA et al., 2017). Pretendia-se, dessa maneira, diminuir a carência desse profissional nessas regiões e, conseqüentemente, atenuar as desigualdades regionais, além de fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos jovens profissionais médicos.

A Lei 12.871 definiu oito objetivos para o PMM que se relacionam diretamente com a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde; aprimorar a formação médica e propiciar maior experiência no campo de prática durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde e na organização e funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013b).

A Lei também estabeleceu que, pelo menos, 30% das atividades do internato devem ser desenvolvidas em serviços de atenção básica e urgência e emergência no SUS, tornou obrigatório o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e respeitou o tempo mínimo de dois anos de internato. No Capítulo II, que trata ‘Da Autorização para o Funcionamento de Cursos de Medicina’, foram

acrescentados parágrafos que reafirmaram a obrigatoriedade de critérios de necessidade social para a oferta do Curso de Medicina (OLIVEIRA et al., 2017).

Essas modificações definiram um novo marco regulatório para os cursos de medicina no Brasil, cuja abertura passou a exigir critérios relacionados com a necessidade social e a estrutura da rede de serviços de saúde. Com isso, estabeleceu-se regulamentação específica para os cursos de graduação de medicina que extrapolam a LDB (OLIVEIRA et al., 2017).

Em abril de 2014, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que incluem, ainda, uma avaliação nacional dos estudantes de medicina a cada dois anos, obrigatória e classificatória para os programas de residência médica. Com o programa, os Ministérios de Saúde e Educação ampliaram o acesso ao curso de Medicina e o número de vagas para residência médica.

Em 18 de dezembro de 2019 foi publicada a Lei nº 13.958, que criou o Programa Médicos pelo Brasil para substituir o antigo Programa Mais Médicos. Todos os dois programas têm, como grande finalidade, trazer médicos para regiões, cidades, localidades e bairros periféricos com dificuldade em fixar profissionais e atrair médicos qualificados. Assim, tentam trazer uma formação associada à prática profissional para qualificar em serviço. Porém, não se assemelham à formação médica em serviço, padrão outro que é a residência médica. Com isso, percebe-se a intenção dos últimos governos em aumentar o número de especialistas em MFC no país, qualificando a APS.

No atual momento histórico do Brasil, com o governo de Bolsonaro, observa-se um movimento através das políticas implementadas, sobretudo o Programa Médicos pelo Brasil desenhado na sequência do governo Temer, no caminho da privatização da Saúde e da desvalorização da ESF. Observa-se no texto do MPM um movimento de negligência para com os PRMMFC, que ainda

carecem de políticas indutoras que permitam otimizar a ocupação das vagas geradas nos últimos anos. Outro importante fato sobre o novo movimento das políticas nacionais de Saúde é o movimento de criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que movimenta a gestão pública da APS para o âmbito privado. (ANDERSON, 2019).

Cursos de medicina e a residência médica

As políticas adotadas desde a criação do SUS, sobretudo os últimos programas como PROVAB, PMM e MPB, mostram que o Brasil ainda precisa ampliar a quantidade de médicos e melhorar sua formação no contexto das necessidades verificadas na Saúde. Assim, o país terá a possibilidade de avançar mais e de modo consistente no caminho de garantir o direito a uma saúde de qualidade por meio de um sistema público, gratuito, integral, equânime e com participação popular. (OLIVEIRA et al., 2019).

No site das escolas médicas do Brasil (2020), os números revelam que, de 1999 a 2020, houve um aumento significativo da abertura de cursos médicos no cenário nacional, principalmente em relação a escolas particulares, que hoje ocupam, aproximadamente, 58,65% do número de escolas médicas no país. Em 1999, o Brasil tinha, em números, 101 escolas formadoras e hoje, em 2020, apresenta um total de 341 escolas médicas regularizadas para a formação profissional. A maior concentração fica no estado de São Paulo, com 66 escolas; a Bahia aparece em terceiro lugar em número de escolas, com 24 destas em funcionamento e com autorização de abertura de 2.364 vagas por ano para novos acadêmicos. Atualmente o estado da Bahia possui uma relação de 6.399 habitantes por vaga.

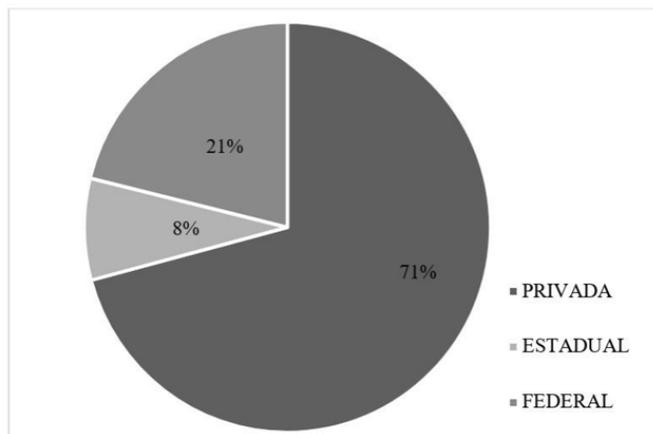
A crescente abertura dos cursos de Medicina no Brasil, segundo Oliveira (2019), mostra uma tendência de privatização do ensino médico no país. Na Bahia observa-se, atualmente, uma

predominância de vagas em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas, com 1.675 (71%) vagas por ano em cursos médicos; as IES Federais dispõem de mais 500 (21%) vagas por ano; complementam este quadro 189 (8%) vagas nas IES Estaduais, totalizando 2.364 vagas, conforme pode ser visto na Figura 1 a seguir, que apresenta a distribuição das vagas nas Instituições de Ensino Superior dos cursos de medicina, em 2020, em relação ao tipo de administração.

Observa-se, além disso, um processo de interiorização dessa formação médica na Bahia, de modo que, atualmente, a maior parte das vagas está sendo ofertada fora da capital, com o interior detendo 55% das vagas das Escolas Médicas. Para efeito de comparação, em 2002 havia apenas 72 vagas no interior e 300 na capital, um desenho que concentrava os cursos médicos em Salvador, capital da Bahia.

Figura 1 - Vagas do primeiro ano do curso de Medicina segundo Tipo de IES no estado da Bahia em 2020

Fonte: Escolas médicas do Brasil. [homepage on the internet].



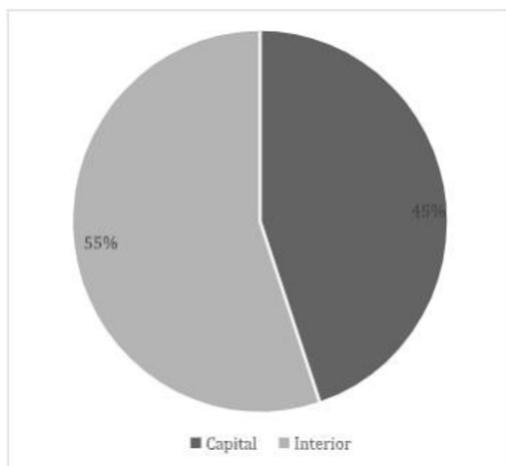
<http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>.

A Figura 2 apresenta a distribuição das vagas no primeiro ano do curso de Medicina, em 2020, em Instituições de Ensino Superior localizadas na capital e no interior (OLIVEIRA, 2019).

As recomendações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 para a reorientação dos currículos médicos, incluindo a ampliação da carga horária na APS, são condizentes com as recomendações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Associação Brasileira de Ensino Médico, as quais enfatizam a formação com APS presente no currículo durante os seis anos, valorizando a prática clínica integral, longitudinal e com orientação familiar e comunitária dentro das Unidades de Saúde.

Quanto à Residência Médica, a Lei do Mais Médicos (BRASIL, 2013) estabelece que a oferta anual do número de vagas deverá ser equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior, e que essa meta seria implantada progressivamente até dezembro de 2018. Determina também que, em 2018, o 1º ano de residência em Medicina de Família e Comunidade seria obrigatório para o ingresso nos programas de residência médica de Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social.

Figura 2 - Vagas do primeiro ano do curso de Medicina - Capital vs Interior - Estado da Bahia em 2020



Fonte: Escolas médicas do Brasil. [homepage on the internet]. <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>

Nesse cenário de mudanças na formação médica e de ampliação das vagas do curso de medicina, a residência médica em medicina de família e comunidade (MFC) acompanhou a evolução da abertura de vagas dos cursos médicos para receber os concluintes das escolas médicas como residentes do primeiro ano.

A partir do ano de 2014 ocorreu um aumento das vagas nas unidades federativas da união nos programas de residência, especialmente em medicina de família e comunidade, conforme a lei do Programa Mais Médicos previa. No Nordeste, esse aumento foi bem significativo, demonstrando um incentivo aos programas, conforme mostrado na Tabela 1. Ao longo de todo o período considerado, a Bahia oferta o maior número de vagas em residência médica em medicina de família e comunidade.

A Figura 3 apresenta a evolução do número de vagas em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade especificamente na Bahia, no mesmo período de 2014 a 2018. Esses dados revelam que, também na Bahia, a oferta de vagas foi ampliada de maneira acentuada nos programas em residência em MFC: em 2014 eram apenas 45 vagas, aumentando nos anos subsequentes para 123 vagas em 2015, 147 vagas em 2016, 185 vagas em 2017 e, em 2018, último dado disponibilizado pelo MEC, chegando a 265 vagas.

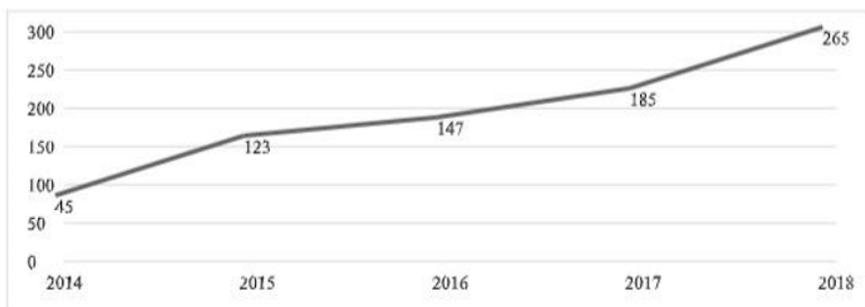
Tabela 1 - Número de vagas nos programas de residências em unidades federativas do Nordeste e Brasil. Período: 2014-2018.

	Alagoas	Bahia	Ceará	Maranhão	Paraíba	Pernambuco	Piauí	Rio Grande do Norte	Sergipe	Brasil
2014	7	45	85	4	45	44	0	32	6	1289
2015	7	123	85	19	46	70	0	32	12	1535
2016	74	147	128	19	102	121	0	51	18	2751
2017	74	185	130	19	106	121	0	51	18	3214

2018	86	265	150	19	128	121	15	51	18	3587
------	----	-----	-----	----	-----	-----	----	----	----	------

Fonte: Brasil, (2019) - http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 05 maio de 2020.

Figura 3 - Vagas em PRMMFC na Bahia no período 2014-2018



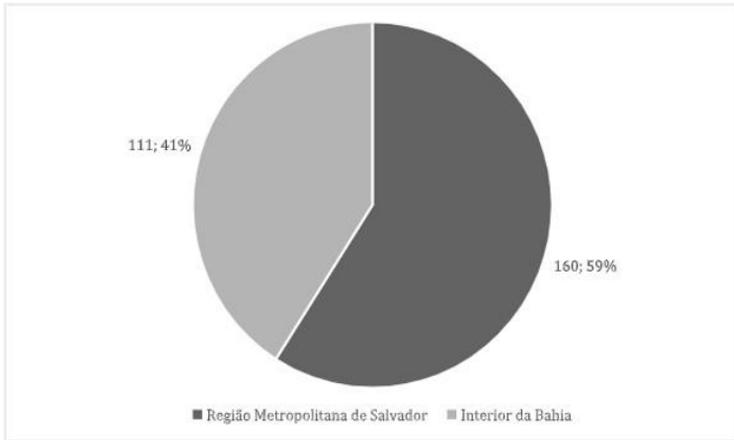
Fonte: Brasil, (2019) - http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 05 maio de 2020

A Figura 4 apresenta a distribuição do número de vagas em Residência de Família e Comunidade, em 2020, na Bahia, revelando que 160 (59%) destas foram destinadas à Região Metropolitana de Salvador, e 111 (41%) destinadas ao interior do estado.

Segundo Campos e Izecksohn (2010), a reformulação da MFC objetivou seguir a evolução da trajetória da APS no país, o que indica a consonância da especialidade com a política vigente, devendo ser cada vez mais estimulada a suprir as necessidades de recursos médicos qualificados para as tarefas de assistência, ensino e pesquisa no país. Entretanto, a despeito da ampliação da oferta de vagas, a demanda dos egressos do curso de medicina não seguiu a mesma tendência, gerando um grande número de vagas ociosas nos programas de residência em MFC (SIMAS, 2018).

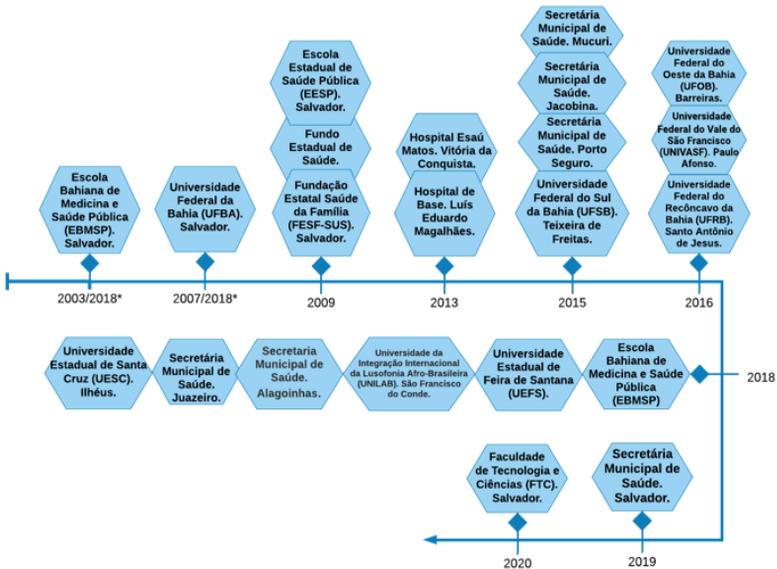
Por fim, apresenta-se a linha do tempo que sintetiza o histórico de implantação dos PRMMFC na Bahia (Figura 5).

Figura 4 - Vagas em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em 2020.



Fonte: Edital do SUS Bahia e Comissão Estadual de Residência Médica Bahia.

Figura 5 - Linha do tempo dos Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade na Bahia.



Fonte: Edital do SUS Bahia e Comissão Estadual de Residência Médica Bahia

*Programas que foram abertos na primeira data e ficaram fechados até a última data.

Considerações finais

Cenário voltado para APS pode favorecer a reorientação das práticas sanitárias e a formação específica em MFC, cuja consolidação é estratégica para o avanço do SUS, (CAMPOS E IZECKSOHN, 2010). Entretanto, a ampliação de vagas de residência médica por si só não garante o aumento do número de especialistas preparados para o fortalecimento do SUS. Além disso, a crise da saúde envolve as relações entre os médicos e os demais profissionais da saúde, entre os profissionais da saúde e a população, e entre a população e a própria saúde, o que impõe redefinir o papel da clínica e não somente dos médicos, mas de todos os profissionais da saúde (FEUERWERKER, 1998).

É importante, portanto, a educação permanente das equipes de saúde da APS, visando um novo modelo de atenção aos usuários dos serviços - numa perspectiva mais humanizada e integral, focada na família, na coordenação do cuidado e trabalho em rede, integrando todos os serviços de saúde do SUS, e com ações intersetoriais - e o aumento da sua resolutividade. A resolutividade está diretamente relacionada com a qualidade dos profissionais envolvidos com a assistência, bem como no seu gerenciamento.

Na Bahia, faz-se necessário, além disso, a realização de estudos sobre a ocupação dessas vagas e os efeitos dessa formação, visando a subsidiar a formulação de políticas públicas de incentivo à Residência Médica de Medicina e Comunidade. Além disso, é importante subsidiar bolsa complementar, formação de preceptores e campos de práticas adequados para o ensino-aprendizagem.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. et al. Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. **Revista Brasileira**

de Educação Médica, 39(1), 123-134, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de dezembro de 2019.

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Cadernos ABEM**, 2008.

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; DE CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade Family and Community Medicine: specialists in wholeness. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES n. 1133 de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/CES de 20/06/2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 jun. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, 2019; 13 nov.

BRASIL. **Residência médica**. Ministério da Educação, Portal da Educação, Brasil, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=506>, acesso em 1 de abril 2020. >. Acesso em 14 de dezembro de 2019.

CAMPOS, C. E.; IZECKSOHN, M. Análise do perfil e da evolução dos Programas de Residência em Medicina de Família e

Comunidade no Brasil. **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-155, abr.-jun. 2010.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CECCIM, R. B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. *In*: Pinheiro, Roseni; Mattos, Rubem Araújo de (orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, 2005, p. 161-181.

CONSTITUIÇÃO, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988

DE OLIVEIRA, V. G. et al. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 85-88, 2014.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. [homepage on the internet]. **Antonio Carlos Nassif**. [acessado em 11 de abril de 2020]. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>>. Acesso em 09 de dezembro de 2019.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.2, n.3, p.51-71, Aug. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nr=iso> Acesso em: 30 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>.

KIDD, M. **A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde: um guia da organização mundial dos médicos de família**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 298 p.

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. *In*: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ArtMed, 2012, p. 387-394.

MACHADO, M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de dezembro de 2019.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica.: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 42, n. 4, p. 66-73, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180065>.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

OLIVEIRA, F. P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 60-73, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700060&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de dezembro de 2019.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al . Evolução, Distribuição e Expansão dos Cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, e0018317, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462019000100509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>. >. Acesso em 07 de janeiro de 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**. 6-12 de setembro de 1978. URSS. Acesso em: 01 de abril 2020.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016

PINTO, N. M.; MEIRELLE, C.A.B.; PORTO-PINTO, C. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro, 13 (2 supl): 2133-44, 2008.

SAMPAIO, P. G. P. R. et al. **Residência em Medicina de Família e Comunidade**: dois programas brasileiros. 2014. Tese de Doutorado.

SILVA, J. A. M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 2015; 49(Esp2):16-24. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0016.pdf>>. Acesso em 22 de dezembro de 2019.

SIMAS, K. B. F. et al. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-13, 17 dez. 2018.

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

Por uma assistência ao parto decolonial: parteria tradicional no Brasil

*Caroline Costa Bourbon
Luciana Alaíde Alves Santana
Micheli Dantas Soares*

Introdução

Este ensaio tem o propósito de refletir sobre a parteria tradicional como prática milenar decolonizada e seu processo de apagamento derivado da institucionalização do parto e das múltiplas formas de epistemícidios/genocídios de povos nativos e seus saberes, iniciado no contexto do processo de colonização do continente americano e que persiste com distintas nuances no período pós-colonial. Assim, pretende-se aportar a discussão da parteria tradicional na sua relação com a perspectiva da decolonialidade, entendendo-a como ponto de partida para ampliação do debate, sem, contudo, deixar de reconhecer outras perspectivas teóricas a partir das quais a parteria tradicional tem sido compreendida no contexto contemporâneo.

Esta proposta reflexiva se insere no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família, dentro do qual a autora principal deste ensaio se insere e elegeu este tema como seu objeto de estudo. A escolha deste objeto ocorreu quando da residência médica em saúde de família e comunidade, em 2012. Nesta ocasião, na condição de residente na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), houve a oportunidade de conhecer a parteria tradicional por meio do relato de uma parteira-mestra em uma roda de casais e mulheres grávidas. Nesta roda, a parteira contava seu ofício de cuidar de mães e bebês que vinham ao mundo através de um saber que não se ensinava na universidade. Ela tinha quase 40 anos de parteria e mais de 5000

partos como experiência contabilizada.

Após este primeiro encontro, no âmbito do módulo de Saúde da Mulher que compunha o projeto pedagógico da residência, a participação nas rodas de gestantes e casais grávidos conduzida pela filha da parteira-mestra, também parteira, passou a ser frequente como forma de contribuir para o aprendizado da parteria tradicional.

Nesses encontros, com todos sentados em círculo no chão de uma sala de estar, a contação das histórias dos nascimentos encantava as famílias com ensinamentos sobre a vida, provocando nas pessoas ali presentes a reflexão sobre a forma como as crianças têm nascido, como elas desejavam essa chegada e em que mundo elas deveriam chegar.

Este encontro foi decisivo para que, na sequência da caminhada da formação acadêmica, seguisse os passos da parteira-mestra por meio de sua escola, que preserva a oralidade em seus princípios, passando a atuar como parteira.

Importa dizer que a forma amorosa e tão dedicada ao cuidado dos bebês e de suas famílias foram atrativos a esse universo para o qual a primeira autora foi autorizada a acompanhar, aprender e se comprometer com esse saber ancestral da parteira-mestra que conduziu a primeira roda de conversa supracitada.

O propósito desta reflexão é também de contribuir para manter viva essa prática, fazendo de cada nascimento um momento feliz, capaz de ressignificar as relações e mantendo a esperança num mundo diferente a partir das chegadas das crianças. Para tanto, é necessário se aproximar do cenário das práticas da parteria atualmente no Brasil, pois desde a transição do parto para o ambiente hospitalar há uma invisibilização dessa atuação.

As instituições de saúde pautam as suas políticas de assistência ao parto a partir de modelos universais e desconsideram os saberes tradicionais, os quais são gerados e preservados por mulheres do meio popular que trazem em suas heranças o domínio do observar a

chegada da vida como algo natural contribuindo apenas com o que a natureza oferece.

Quem são as parteiras tradicionais?

De acordo com Cardoso e Nascimento (2017), as parteiras tradicionais possuem um saber milenar, empírico, passado geralmente entre mulheres da mesma linhagem familiar e continuam sendo responsáveis por milhares de nascimentos pelo Brasil e no mundo.

A parteira ocupa lugar de cuidado às mulheres e bebês desde antes do nascimento. Na gestação acompanha a mulher e o bebê ainda na barriga, cuidando dos desconfortos da gestação com uso de plantas, rezas e manobras do corpo com as mãos e, ainda, aproximando-se mais da vida que cerca a gestante, como as suas relações familiares. Na assistência ao parto, as parteiras observam as condições para o nascimento, atentas aos sinais que para elas podem considerar risco, recebendo e rezando a criança ao nascer. Na assistência após o parto estão presentes desde o corte e cuidados com o umbigo até orientações sobre alimentação, amamentação, cuidados de higiene e importância do resguardo. Além da arte do partejar, as parteiras entendem e interpretam suas ações como um dom divino e uma missão com a espiritualidade. Sobre essa prática não existe um marco histórico pontual. Está ligada à assistência às mulheres e ao conceito, que inicialmente tinha um objetivo de solidariedade feminina. A partir das práticas de cuidado, esse acúmulo de saberes foi instituindo essa ocupação das primeiras trabalhadoras de assistência ao parto.

No Brasil, o partejar existe junto aos povos originários antes do período colonial, cujo entendimento do mundo e sua relação com a natureza, ou seja, com a terra, construíram (e constroem) o conhecimento sobre o cuidado à saúde através dessa relação, conhecimento que foi (e segue sendo) transmitido oralmente para seus descendentes.

A partir do período colonial, com a chegada dos povos africanos escravizados, outros olhares sobre o uso dos métodos naturais de assistência ao parto, também vinculados à relação com a terra e a cosmovisão desses povos, integram o que compõe o que poderíamos denominar parteria tradicional brasileira. Mestre Quilombola Antônio Bispo dos Santos, morador do Quilombo Saco-Cortume - São João do Piauí/PI -, em sua obra *Colonização, Quilombos, modos e significações* (2015), descreve as matrizes culturais e as cosmovisões a partir da religiosidade dos povos quilombolas, a quem chama de afro-pindorâmicos, além de suas relações com a terra, afirmando:

Nas religiões de matriz afro-pindorâmicas a terra, ao invés de ser amaldiçoada, é uma Deusa e as ervas não são daninhas. (...) o que há é uma força vital que integra todas as coisas. As pessoas, ao invés de trabalhar, interagem com a natureza e o resultado dessa interação, por advir de relações com deusas e deuses materializados em elementos do universo, se concretizam em condições de vida (SANTOS, 2015, p 41).

Os colonizadores interessados na dominação desse espaço implementaram diversas formas de violência, dentre as quais incluíse a desconstrução das identidades individuais e coletivas. No plano individual:

as pessoas afro-pindorâmicas foram e continuam sendo taxadas como inferiores, religiosamente tidas como sem almas, intelectualmente tidas como menos capazes, esteticamente tidas como feias, sexualmente tidas como objeto de prazer, socialmente tidas como sem costumes e culturalmente tidas como selvagens (Santos, 2015, p 37).

O autor ainda discorre sobre o âmbito coletivo afirmando que após a segunda guerra com os povos tradicionais estabelecidos em seus territórios, todos foram agrupados e denominados de população rural, sendo este o critério de distinção da população urbana, a despeito de toda multiplicidade, diversidade e singularidades de

seus modos de ser e existir. Assim, mais uma vez, desconstruíram-se as particularidades das tradições expressas de cada região em respeito à história de cada lugar e cada povo. Essa desconstrução da identidade dos povos não findou no período colonial, pois que reverbera em tempos atuais e contribui para entendermos o motivo pelo qual a maior parte das parteiras tradicionais encontra-se em área rural, bem como colabora para explicar a dificuldade de identificação e localização de muitas parteiras, as quais preferem não assumir seu ofício para pessoas que são de fora de suas comunidades. São diversas as denominações atribuídas às parteiras. Essas denominações podem se originar da geração de vínculo, criado entre as parteiras e as famílias assistidas, como o termo “comadre”, empregado entre a parteira e a parturiente, associado à relação espiritual de compromisso de cuidado que a parteira assume ao receber uma criança, sendo então “madrinha” delas.

Outros termos surgiram após o processo de institucionalização da assistência ao parto, tais como “curiosas” ou “leigas”, no intuito de diferenciá-las dos profissionais com títulos acadêmicos. Destaca-se que a etimologia da palavra leiga (LEIGO, 2015) expressa tanto a não vinculação com a matriz religiosa cristã como também denota uma pessoa desprovida de conhecimentos, ou seja, atribuir às parteiras a denominação “leigas” reforça a ideia de menosprezo cultural enquanto continuidade do processo colonial dominador. O termo “tradicional”, em que pese indicar pertencimento aos povos tradicionais, também sugere, de um lado, contraposição ao saber biomédico e, por outro lado, ser um saber fixado no passado. Fleisher (2008, p 895) neste debate refere que o termo “fala[m] muito mais das relações de poder que permeiam este campo do que, por exemplo, da eficiência terapêutica de um ou outro sistema”.

Por outra perspectiva, o termo “parteira tradicional”, apesar de imposto, traz consigo uma ressignificação que vincula o termo à força dos povos tradicionais, adquirindo uma referência de afirmação da

prática da parteria como legítima. Sendo assim, seguiremos por todo o texto utilizando a denominação de “parteiras tradicionais” com essa significação, na esteira da compreensão de Santos (2015, p 95) sobre a ressignificação dos termos “quilombos” e “indígenas” (estando a parteria no Brasil incluída intrinsecamente), para quem:

[...]. Ao acatarmos essas denominações, por reivindicação nossa, mesmo sabendo que no passado elas nos foram impostas, nós só o fizemos porque somos capazes de ressignificá-las. Tanto é que elas se transformaram do crime para o direito, do pejorativo para o afirmativo. Isso demonstra um refluxo filosófico que é um resultado direto da nossa capacidade de pensar e de elaborar conceitos circularmente (SANTOS, 2015, p 95).

Sobre o local da atuação das parteiras na assistência ao parto, este é o domicílio das famílias, geralmente localizado na mesma comunidade ou em região próxima. Isso reforça a identificação e vinculação das crianças com o território onde nascem, fortalecendo os laços culturais ali presentes. Durante o XI congresso de parteiras tradicionais e povos originários, ocorrido em Salvador-BA, no ano de 2019, foi possível ouvir da parteira do povo Mapuche, do Chile: *“Uma pessoa que nasce em sua casa, sabe sua origem, defende seu território. E quem nasce em um hospital, o que defende?”*. Sendo assim, essa forma de nascer e o local do nascimento podem ser considerados um ato que contribui ideologicamente para a resistência dos povos tradicionais diante da histórica investida de apagamento por parte da cultura colonizadora.

Institucionalização dos nascimentos

Segundo Woolf (2008), a incorporação dos conhecimentos do partear à medicina se deu na Europa entre os séculos XVII e XVIII. Este processo deriva de um projeto maior de dominação e hierarquização de saberes, institucionalizado nas universidades,

e cujo pensamento compreendido como válido e superior advinha de um grupo de países europeus, estruturado pelo poder masculino e cristão. Qualquer outra forma de racionalidade era considerada inferior ou pecaminosa e, assim sendo, poderia ser justificada a sua aniquilação². Segundo Grosfoguel (2013), um dos genocídios/espistemicídios que fortaleceram o pensamento europeu, masculino e cristão foi o das mulheres na Idade Média. Acusadas de bruxaria, as mulheres dominavam o conhecimento de diferentes áreas, incluindo a biologia, e eram referências de poder por resguardar saberes ancestrais repassados através da oralidade.

Ainda segundo o autor, por não terem seus conhecimentos necessariamente estruturados em documentos escritos para serem destruídos nas fogueiras, foram os seus próprios corpos queimados.

Costa (2000) refere que o conhecimento da parteria, do corpo feminino e do surgimento da vida era, sobretudo, do domínio de mulheres essencialmente camponesas, o que lhes rendia grande prestígio. Com o advento do que se convencionou chamar de “caça às bruxas”, a igreja associou o corpo feminino, sexualizado, a representações do mal e ao demônio. Assim, esta instituição, inicialmente, passou a permitir o ofício de parteiras apenas às mulheres católicas cujo comportamento era pré-estabelecido e sobre o qual exercia controle e disciplina. Na sequência “emerge a medicina científica gerada nas universidades de acesso exclusivo aos homens” (COSTA, 2000, p 41).

Ainda assim, por ser considerado algo natural, os médicos que inicialmente adentravam a cena do parto o faziam em situações

2 Para maior compreensão do histórico da medicalização dos saberes femininos e do partear consultar outras referências para além das apresentadas nesse tópico. Dentre essas podemos destacar o livro “Para Seu Próprio Bem” das autoras Barbara Ehrenreich e Deirdre English (2003), a tese “Parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época” da historiadora Maria Lúcia Barros Mott e a tese “Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos” da autora Ticiania Oswald Ramos.

adversas, de complicações, contexto dentro qual foram sendo instituídos os primeiros instrumentos de intervenção no parto.

No Brasil, a exemplo do que acontecia na Europa, a responsabilidade sobre os partos foi sendo direcionada para os médicos no século XIX, com o surgimento das escolas médicas no país. No século XX os partos passaram a ser predominantemente hospitalares em detrimento dos partos domiciliares. Esta situação era ideal para o treinamento e a formação de novos profissionais para assistência ao parto, e como resultado consequente a este processo retirou-se a centralidade da parturiente em seu protagonismo e autonomia no momento do parto.

Com o advento da medicalização e da institucionalização dos partos no Brasil houve muitas críticas e perseguições à atuação das parteiras. Menezes, Portela e Bispo (2012) salientam que o discurso higienista que se iniciou na primeira metade do século XX se tornou hoje senso comum nos grandes centros urbanos, descaracterizando e marginalizando a assistência por parteiras tradicionais, o que faz muitas delas não assumirem seu ofício publicamente.

Um estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) destaca que, no país, mesmo que haja algum dado que contabilize, não é possível fazer uma estimativa aproximada do número total de parteiras, pois existe um cadastramento insuficiente por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde. Dados do Ministério da Saúde sobre os partos realizados por parteiras tradicionais mostraram uma queda significativa desta atividade. No Nordeste, por exemplo, houve 33.727 partos notificados em 2001, e 7.797 em 2007. A redução desta estimativa é entendida pelo próprio Ministério da Saúde como provável subnotificação ou notificação incoerente dos dados (BRASIL, 2010).

Na Bahia, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)³ demonstram que só existem 4 parteiras registradas em maio de 2019. Em Salvador, capital da Bahia, o número registrado de partos assistidos por parteiras de 2000 a 2019 chegou a 189; porém, ao se analisar o local desses nascimentos, apenas 14 estão registrados em domicílio, 134 em hospitais e 41 em outros estabelecimentos de saúde. Apenas em 2018, foram seis em domicílio, 15 em hospitais e um em outros estabelecimentos. Esses dados confirmam a incoerência dos registros, já que não há, em nenhum hospital/maternidade da cidade, parteiras contratadas para assistência ao parto (CNES, 2019).

Políticas da saúde e parteria

Apesar de existirem programas que foram implementados junto ao Ministério da Saúde que apoiaram e reconheceram o trabalho das parteiras tradicionais, essa atividade não faz parte hoje de nenhuma política do SUS. Este Sistema, em que pese os princípios valiosos de equidade e integralidade, pauta suas políticas e ações, via de regra, a partir de protocolos referendados pela ciência biomédica, e desconsidera o legado dos povos tradicionais brasileiros ou afro-pindorâmicos relacionados com a parteria. Assim, podemos considerar que o Sistema e as políticas e programas de saúde implementados, ainda que orientados por estes princípios, estão aquém do alcance da diversidade de saberes de cuidado à saúde e à vida. Na mesma lógica, também, dificulta o investimento

3 O CNES foi criado em 1999 para sistematizar os dados sobre infraestrutura, profissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde, seja SUS ou sistema suplementar, entre outras informações; o CNES utiliza como base de recursos humanos a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A CBO foi instituída pela portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002 pelo Ministério do Trabalho e Emprego e reconhece assistentes de parto, parteiras e parteiras práticas no código 5151-15 (BRASIL, 2002).

em apoiar encontros, compartilhamento dos saberes, investimento em capacitações e distribuição de material de trabalho, além de interferir no registro dos dados sobre a saúde materno-infantil para acompanhamento.

No ano 2000 foi criado, pelo Governo Federal, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2011) com o intuito de combater o alto índice de mortalidade materna e neonatal adotando-se medidas para melhorar a assistência às mulheres grávidas. Não houve, entretanto, mudanças significativas no índice de mortalidade materna até 2010.

Neste mesmo período, entre 2000 e 2010, o Ministério da Saúde em parceria com a gestão de estados e municípios, e organizações e movimentos sociais, com destaque para a Rede Nacional de Parteias Tradicionais (RNPT), implementou o Programa Trabalhando com Parteias Tradicionais (PTPT), cujos objetivos eram avaliar a situação dos partos domiciliares, realizar cadastramento e capacitação das parteiras tradicionais, aproximar seus trabalhos do sistema de saúde das localidades onde residem e atuam, além de fornecer “kits” com materiais de assistência ao parto. Segundo Santos (2018), durante os 10 anos de vigência, as atividades formativas/ oficinas realizadas tiveram a participação de 1773 parteiras tradicionais de 150 municípios em 15 estados brasileiros. Houve também a produção de livro, manual e vídeos. A mesma autora, em contraposição, analisa que a descontinuidade do programa ocorreu por falta de operacionalização e governança local que fortalecesse o trabalho das parteiras através do reconhecimento de seus direitos sociais e trabalhistas. Gusman et al. (2019) reconhecem que, por um lado, o programa colocou em evidência a necessidade de reconhecimento das parteiras tradicionais, mas, por outro lado, demonstrou que o programa apresentou:

alcance limitado (...) diante de uma conjuntura em que coexistem entraves como o distanciamento

dos profissionais da saúde, a dificuldade em se ofertar uma atenção que leve em consideração as especificidades culturais no âmbito do SUS, as flutuações políticas a que o país está submetido, a desigualdade social, entre outros (GUSMAN *et al.*, 2019 p 2634).

Em 2011 foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, com quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e atenção integral à saúde da criança, e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Dentre esses investimentos estruturados, a única referência às parteiras tradicionais que permaneceu foi o fornecimento de “kits” com materiais de assistência ao parto, cabendo apenas aos estados e municípios a avaliação sobre a importância das parteiras tradicionais enquanto colaboradoras de uma melhor atenção ao parto e nascimento.

Na região Norte do país, em cidades de difícil acesso, onde há deficiência de investimentos em instituições de assistência ao parto, já houve algumas experiências na tentativa de valorização das parteiras, inclusive com incentivo, por parte dos governantes, à atuação delas, a exemplo de cidades no Acre, Pará e Amapá. Neste último estado, entre os anos de 1995 e 2002, foram capacitadas mais de 1000 parteiras entre as mais de 1600 cadastradas. Essa ação tornou o Amapá um dos estados com menor índice de cesarianas. Já no Acre, foi instituída a Lei de nº 2834, de dezembro de 2013, segundo a qual se garante a oferta de uma bolsa para parteiras atuantes que passem por uma capacitação. Apesar do avanço com a aprovação desta Lei, importa destacar que a mesma não foi instituída até 2016 e as capacitações, até então, não viessem acontecendo de forma frequente (PEREIRA, 2016).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC (2006), criada com a intenção de incorporar ao SUS terapias alternativas e práticas populares, poderia ser uma possibilidade

de investimento na atividade das parteiras, mas apenas agregou categorias euro-asiáticas que já estavam estruturadas em associações. Para Moebus e Merhy (2017):

A única referência aos povos indígenas em todo o texto da PNPIC aparece como: 'Articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde.' Assim como também chama a atenção o fato de que não há nenhuma referência à 'medicina africana' ou à 'arte de partejar', às parteiras tradicionais, no texto da PNPIC (MOEBUS e MERHY, 2017, p. 149).

Essas contradições entre a falta do reconhecimento pelo SUS e as ações de incentivo nas regiões onde há maior atividade das parteiras tradicionais – no norte do país – reafirmam as disputas de poder do modelo biomédico que dominam os grandes centros urbanos, e nos faz supor que há uma conotação do saber da parteria como um saber menor, de qualidade questionável, que serve para os lugares e pessoas que têm atendimento à saúde precarizado, sem acesso ou com infraestrutura questionável. Os autores ora referidos explicam, também:

[...] esta comparação pode apontar ainda para o fato que as práticas que garantiram sua presença 'na lei' são justamente aquelas que mais facilmente foram já apropriadas pelas profissões da saúde, em especial a profissão médica, além de muitas vezes 'transformadas' em procedimentos que aumentam o leque de ofertas de 'serviços' ou de 'opções terapêuticas', mas reduzidas, ainda que nem sempre, a uma mesma lógica instrumental e utilitária própria destas mesmas profissões. Ou seja, com este balanço de presenças e ausências que constituíram a PNPIC corremos o risco de perdermos fundamentalmente um dos maiores benefícios que as práticas integrativas podem trazer, justamente o questionamento da razão biomédica instrumental utilitária e procedimental (MOEBUS & MERHY, 2017, p.151).

Para continuar refletindo ...

Diante do apresentado acima, é possível observar que a incorporação do saber acadêmico da medicina ao processo do parto e nascimento deslocou, com o tempo, o ofício das parteiras a um lugar marginal. É preciso reforçar que essa marginalidade está associada historicamente ao processo de colonização cujo mecanismo violento de sua implementação incluiu o apagamento das manifestações religiosas e culturais dos povos contra colonizadores, como se refere Santos (2015), para os quais o nascimento estava vinculado à parteria dita hoje como tradicional. E isso evoluiu, na atualidade, dentro da construção do nosso sistema de saúde, para a inexistência de reconhecimento da assistência das parteiras como um ato significativo para saúde das mulheres e crianças, conseqüentemente para a sociedade. Tal observação evidencia o quanto o processo de colonização no país está distante de ser finalizado, amparado no saber acadêmico de base epistemológica europeia como o único saber conveniente.

Apesar das relações institucionais não afirmarem a prática das parteiras tradicionais, mesmo sendo prevista na portaria que institui a Rede Cegonha, a existência das parteiras segue e seguirá acontecendo em nomadismo existencial e assistencial, firmando seu compromisso espiritual, ético e político com a vida humana (SANTOS et al., 2017). E, dando seguimento aos ensinamentos da parteira-mestra, é por esse cenário descrito acima que suas aprendizes têm, dentre suas missões, além de atuar na assistência ao parto, contribuir para promover encontros entre parteiras de cada região para que se reconheçam e não se vejam sozinhas. É preciso torná-las visíveis para fortalecer as suas práticas e saberes populares, deixando-as apresentar seus trabalhos, sua forma de estar no mundo e contribuir para que elas possam ofertar esse tipo de atendimento como uma opção entre as possibilidades de assistência ao parto com qualidade

e reconhecimento, não apenas em lugares de difícil acesso, mas também nos grandes centros urbanos. Enfim, as parteiras existem e (r)existem ao modelo hegemônico colonizado de cuidado ao parto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 07 dez. 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 1.459, 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 dez. 2017

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria N° 397. 09 de outubro de 2002. **Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO/2002**. Disponível em: <http://www.mtecho.gov.br/cbsite/pages/legislacao.jsf>. Acesso em 06 de junho de 2020

CARDOSO, M.; NASCIMENTO, R. The dom for the craft and the gift from god: ethnographic explorations among the traditional midwives of Santana. **Virtual Brazilian Anthropology**. Brasília, v. 14, n. 2, e142021, 2017.

CNES. Secretaria Municipal de Saúde. **Nascidos vivos a partir de 2000**. Salvador, 2019. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/tabcgi.exe?sivita/sinasc/nascido.def>. Acesso em: 05/05/2019.

COSTA, L. H. R. Corpo, poder e o ato de partejar: reflexões à luz das relações de gênero. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online]. 2000, vol.53, n.1, pp.39-46.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S00347167200000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez.2017.

DATASUS. Ministério da Saúde. **CNES - Recursos Humanos. Ocupações Segundo CBO 2002 Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02br.def>. Acesso em: 05/05/2019.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Proporções de Partos Cesáreos**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f08.def>. Acesso em: 05/05/2019.

FLEISHER, S. Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], ano 2008, n. 3, ed. 13, p. 889-898, 6 jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/11.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

GROSFOGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 25-49, Abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S010269922016000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Abr. 2020.

GUSMAN, C. R.; RODRIGUES, D. A.; VILLELA, W. V. Paradoxos do programa de parteiras tradicionais no contexto das mulheres Krahô. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2627-2636, Julho 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S141381232019000702627&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 Junho 2020. Epub 22 Julho 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.09592017>.

LEIGO. **Dicionário online do Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**, 2015. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/leigo>. Acesso em 26 abr. 2020

MENEZES, P. F. A. et al. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 3-43. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38/38>. Acesso em: 10 abr.2019.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p145-152, 2017.

PEREIRA, M. G. A. et al. A parteira-fina e seus relatos: histórias de si. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes- Livro 2** . Rio de Janeiro. 2016.

SANTOS, J. G. W. et al. A Rede Parteiras engravida a Rede Cegonha e pede passagem à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Cuba Salud** 2018. 2017.

SANTOS, A. R. **O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (2000-2010) – uma análise com enfoque de gênero**. 2018. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós graduação). Instituto Legislativo Brasileiro, Brasília. 2018.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, Sept. 2008.

Estresse ocupacional na atenção primária à saúde

*Elaine Nunes Pacheco
Ligia Maffei Carnevalli
Paula Hayasi Pinho*

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) pode ser definida como um conjunto de funções e características que constituem a base de um sistema de saúde e orienta as atividades dos demais níveis de atenção, à medida que abrange ações de prevenção, cura e reabilitação de doenças, além de promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

No início do século XX, os serviços de saúde eram organizados com base em uma lógica fragmentada por especialidades, demandando alta tecnologia e com foco patológico e hospitalar. Essa organização consumia muitos recursos e sinalizava resolutividade limitada, como, por exemplo, altos índices de mortalidade infantil. Nessa época, o Relatório Dawson apontou as primeiras propostas de mudanças na atenção à saúde que serviram de base para a APS, sobretudo no que tange à territorialização e à integralidade (MATTA; MOROSINI, 2009).

A partir desse marco, o debate se intensifica e, em 1978, 134 países assinam a Declaração de Alma-Ata, definindo metas para melhoria da saúde até o ano 2000 por meio de cuidados primários como: educação em saúde, saneamento básico, saúde materno-infantil, imunização, entre outros. No Brasil, a APS foi constituída de forma incipiente em alguns programas de governo, mas ganha força com o Movimento da Reforma Sanitária até ser incorporada como modelo tecno-assistencial na implementação do Sistema Único de

Saúde (SUS), com a constituição brasileira de 1988. Na década de 90, a APS surge como parte do sistema de saúde por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), reiterando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Com a consolidação do PSF, e por ser muito mais que um programa, o mesmo passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), e tornou-se o principal modelo de organização da APS no Brasil seguindo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com sua primeira publicação em 2006 (MATTA; MOROSINI, 2009).

A PNAB propõe algumas diretrizes para organização do processo de trabalho, além das características essenciais da APS que são o primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Entre as diretrizes da PNAB estão: a definição do território e territorialização; a responsabilidade sanitária, porta de entrada preferencial; adscrição de clientela; acesso; acolhimento; trabalho em equipe multiprofissional; resolutividade; prestação de atenção integral, contínua e organizada; ações de atenção domiciliar; programação e implementação de atividades de atenção à saúde baseadas na necessidade de saúde da população; ações de promoção da saúde; desenvolvimento de ações de prevenção de doenças (primária, secundária, terciária e quaternária); desenvolvimento de ações educativas; desenvolvimento de ações intersetoriais; implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão (como cogestão/gestão coparticipativa e controle social); planejamento local em saúde; implantação de estratégias de segurança do paciente; educação permanente do trabalho das equipes (BRASIL, 2017).

Observando as diretrizes da PNAB, percebe-se a complexidade do trabalho da APS. Ainda na última versão publicada da PNAB, foram realizadas alterações que permitem mudanças na composição das equipes, nas atribuições e na distribuição dos agentes de saúde,

e no financiamento, gerando ainda mais tensões entre os sujeitos que compõem o cenário da APS (MELO et al., 2018).

Para além da organização e diretrizes dos serviços, os profissionais da APS são diariamente acessados por estímulos emocionais nocivos, como a dor e a morte, usuários com múltiplas morbidades e alta vulnerabilidade socioeconômica, alta demanda das comunidades, além de instados a dar conta de limitações técnicas, pessoais e materiais para corresponder ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre si (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

Nesse sentido, são profissionais com alta probabilidade de sofrer o estresse ocupacional, que é considerado uma reação física e/ou psicológica ao desgaste da capacidade de trabalho ocasionada por um desequilíbrio entre a tensão laboral e a capacidade do indivíduo de suportar ou adaptar-se (KOVALESKI; BRESSAN, 2012).

Quando o estresse ocupacional é persistente pode evoluir para a Síndrome de Burnout (SB), também chamada de síndrome do esgotamento profissional. Em seu conceito tradicional é considerada uma resposta emocional ao estresse crônico no trabalho, principalmente em situações sociais complexas que atingem os profissionais da área de serviços ou cuidadores, como na saúde e na educação. Assim, é caracterizada por três elementos: exaustão emocional; despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal com o trabalho, que se manifestam como sensação de exaustão, esgotamento e sobrecarga física e mental; dificuldades de relacionamento; distanciamento, ineficiência e falta de autoconfiança (KOVALESKI; BRESSAN, 2012). Porém, com a evolução das discussões sobre saúde do trabalhador e sobre a importância dos fatores de proteção ao trabalho e não apenas os fatores de risco, alguns autores questionam esse conceito da SB, como Schaufeli et al. (2019), que propõem uma nova teoria na qual a SB é um estado de exaustão associada ao trabalho, determinada pelas circunstâncias

laborais de cada organização. Sua principal causa é a elevada demanda diante de poucos recursos disponíveis, levando à exaustão da energia dos indivíduos acrescida de diminuição da autoregulação emocional e cognitiva, completadas pelo distanciamento mental ou aversão ao trabalho. Outros sintomas secundários podem se apresentar, como humor depressivo, distresse e manifestações psicossomáticas (VAZQUEZ, 2019).

Em termos de produção científica, parece haver uma certa confluência entre os conceitos de estresse ocupacional e SB, considerando que a SB não é um descritor em saúde. Ao realizar uma busca preliminar na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em maio de 2019, com os descritores estresse ocupacional, pessoal da saúde e atenção primária em saúde, filtrando artigos em português e inglês dos últimos cinco anos, foram recuperados 59 artigos, dentre os quais 16 discutiam a SB. A partir dessa primeira exploração na BVS e da representatividade da SB nos resultados, as autoras optaram por utilizar a nomenclatura do estresse ocupacional, que é um descritor em saúde, incluindo os artigos que trabalham também com a SB na APS.

Nunes (2019) avaliou o nível do estresse ocupacional de trabalhadores da APS em cidades do Piauí, e constatou que 67% deles apresentavam estresse alto; destes a maioria era do sexo masculino, com idades entre 20 e 39 anos e hábitos de vida inadequados (sedentários e uso de drogas lícitas).

Moreira, Souza e Yamaguchi (2018) demonstraram que, entre as especialidades médicas, os médicos de família e comunidade ocupam a segunda posição no desenvolvimento da SB. Estudo de Silva et al. (2015) evidenciou que 54% dos profissionais da APS em Aracaju apresentam risco moderado a alto de desenvolver SB. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivos apresentar e analisar a produção científica acerca do estresse ocupacional nos trabalhadores da APS, nos últimos 10 anos.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que objetiva sintetizar o conhecimento acerca de um tema, de forma a permitir uma abordagem ampla das produções científicas. Para sua realização seguiram-se cinco passos: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica e discussão (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a construção da pergunta norteadora foi utilizada a estratégia PICO para a pesquisa não clínica, que se baseia nas definições de uma População, Paciente ou Problema, de um Interesse, e de um Contexto (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Nesta pesquisa definimos, como população, os profissionais da saúde; como interesse, o estresse ocupacional; e como contexto, a APS. Assim, a pergunta de pesquisa foi: qual a produção científica acerca do estresse ocupacional dos profissionais da atenção primária à saúde?

Para a busca na literatura foram acessadas as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed e Scielo, com os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS), da BVS: Estresse ocupacional (Occupational Stress), Pessoal de saúde (Health Personnel), e Atenção primária à saúde (Primary Health Care). A combinação de descritores utilizada foi: Occupational Stress AND Health Personnel AND Primary Health Care. A seleção foi realizada durante os períodos de junho a setembro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: revisões e artigos originais publicados entre 2008 e 2018, escritos em Inglês, Português e Espanhol; literatura envolvendo a temática do estresse ocupacional ou SB, na APS. Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordassem os profissionais de saúde da APS; trabalhos em forma de anais, comentários, cartas ao editor, protocolos, dissertações e teses.

Após a coleta, os artigos foram lidos por três pesquisadoras com a finalidade de realizar uma análise interpretativa, baseada na

pergunta de pesquisa. Para análise dos dados, foram construídas categorias temáticas de acordo com o agrupamento dos conteúdos encontrados acerca do estresse ocupacional em profissionais da APS (MINAYO, 2002).

Resultados

Após a combinação dos descritores foi encontrado um total de 567 artigos nas bases de dados (Figura 1). Foram, então, aplicados os filtros nestas bases referentes a ano de publicação e idioma, resultando em 195 estudos. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 117 artigos que tinham relação com a temática a ser estudada. Destes 117, 26 eram artigos duplicados e foram, portanto, excluídos. Dessa forma, restaram 91 estudos para a leitura integral, dos quais foram selecionados 52 artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para compor a revisão integrativa.

Figura 1 - Fluxograma da Revisão Integrativa de Literatura sobre Estresse Ocupacional nos profissionais da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Autoria própria.

Foi encontrada uma grande quantidade de literatura produzida sobre o tema. Em relação aos anos de publicação, 4% (2) dos artigos foram publicados em 2008, 4% (2) em 2011, 4% (2) em 2012, 10% (5) em 2013, 18% (9) em 2014, 12% (6) em 2015, 12% (6) em 2016, 14% (7) em 2017 e 22% (11) em 2018, sendo possível perceber que

o tema passou a ser mais abordado pelas pesquisas a partir de 2013. Pode-se pensar aqui que o aumento da produção nos últimos anos possa ter relação com o contexto trazido por Silva (2019), quando diz sobre a intensificação da precariedade e do mal-estar relacionados ao contexto trabalhista, que marca a pós-modernidade. Ademais, acredita-se que, com o aumento das pesquisas, cada vez mais está se conhecendo a respeito dos impactos que o estresse ocupacional vem gerando para os sujeitos e para as organizações de trabalho, como o maior número de faltas e piora da qualidade de vida (GARCIA et al., 2020), fomentando o desenvolvimento de novas pesquisas que propiciem uma melhor compreensão do tema e, por conseguinte, a busca de prevenção e intervenções possíveis neste cenário. No tocante à origem dos artigos, 26% (13) destes foram desenvolvidos na Espanha, 24% (12) nos Estados Unidos (EUA) e 14% (7) no Brasil.

A revisão sistemática sobre SB em médicos, realizada por Moreira, Souza e Yamaguchi (2018) chegou à conclusão semelhante a respeito dos países de origem dos estudos, estando Brasil, EUA e Espanha entre os 5 países mais frequentes na revisão. Apesar da hegemonia destes três países nas produções, pôde-se observar uma variedade de países trabalhando sobre o tema, como Sérvia, Israel, Etiópia e Inglaterra, por exemplo. Sobre o idioma de publicação, 74% (37) dos artigos foram produzidos no Inglês, 14% (7) em Português e 12% (6) em Espanhol.

O público alvo dos profissionais de saúde que foram abordados nos trabalhos variou entre: apenas médicos (46%), apenas enfermeiros (6%), médicos e enfermeiros (12%), agentes comunitários de saúde (2%) e Equipe da APS (34%), sendo que esta última apresentou variações entre as categorias profissionais como médicos, enfermeiros, trabalhadores administrativos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, assistentes médicos e residentes médicos. Em uma análise da literatura nacional sobre a SB realizada por Cardoso et al. (2017), além de profissionais educadores, os

profissionais da enfermagem se destacaram como público alvo das pesquisas relacionadas à SB. Da mesma forma, Zomer e Gomes (2017) em sua revisão não sistemática, e Santos et al. (2019) em sua revisão integrativa apresentam dados mostrando que os profissionais de enfermagem foram o público mais trabalhado pelas pesquisas, o que vai de encontro com o público mais encontrado nesta revisão, representado por profissionais médicos. Quanto aos delineamentos dos estudos, 65% (34) foram resultantes de pesquisas de abordagem quantitativa, 27% (14) de abordagem qualitativa e 7% (4) dos artigos referiam-se a revisão de literatura.

O estresse ocupacional foi explorado nos artigos levando-se em conta diferentes aspectos, como já exposto anteriormente. Para além dos aspectos conceituais, esse descritor de saúde consta de artigos que discutem amplamente as dimensões, prevalência e fatores de risco associados à SB. O impacto da síndrome na vida dos profissionais de saúde foi relacionado a temas como saúde mental, bem-estar, estresse ocupacional, trabalho em equipe e processos de trabalho, enquanto o impacto na assistência à saúde foi discutido por meio de temáticas como a influência do esgotamento profissional no uso da intuição, a segurança do paciente, erros dos profissionais de saúde e qualidade do atendimento.

Estratégias e intervenções para o esgotamento profissional foram pesquisadas, sendo a atenção plena (*mindfulness*) a que mais apareceu. Participação em grupos de Balint e treinamentos para a resiliência foram outras intervenções expostas nos artigos como positivas para reduzir o desgaste profissional. Para além das intervenções, o compartilhamento de tarefas administrativas e cuidados clínicos e a melhoria da comunicação e do funcionamento da equipe apareceram como fatores influenciadores na síndrome do esgotamento profissional.

A partir dos temas centrais identificados nos estudos revisados, quatro categorias temáticas emergiram: (1) O Processo de trabalho

na equipe da APS; (2) Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS; (3) Impactos do estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS; e (4) Intervenções e estratégias para minimizar o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout na APS.

Discussão

Processo de trabalho na equipe da APS

O processo de trabalho em saúde compreende o objeto, os instrumentos e as atividades que, de forma coordenada, organizam as práticas de saúde. Assim, a APS apresenta grandes desafios no processo de trabalho, considerando que propõe uma mudança de modelo de atenção (PAIM, 2008).

Nesta revisão, o processo de trabalho na atenção básica surge em estudos apontando fatores preditores e protetores do esgotamento profissional. A teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (Job Demands Resources model - JDR) considera que o trabalho se concretiza no desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais e, para este fim, utiliza os recursos oferecidos pela organização (SCHAUFELI, 2017). As demandas podem ser as necessidades físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais, enquanto os recursos são ferramentas e características que viabilizam a execução das atividades. A interação de demandas e recursos pode gerar fatores de estresse ou motivacionais, a depender de mecanismos de autorregulação, compensação e recarga da energia laboral realizados pelos trabalhadores (VAZQUEZ, 2019). Hall et al. (2018), em estudo com grupos focais no Reino Unido, observou que os médicos da APS apontaram a importância de orientações sobre SB, rede de amigos no ambiente de trabalho e aumento de recursos como fatores que afetam seu bem-estar. Já Lacerda et al. (2016) mostraram que, para enfermeiros de Uberlândia avaliados, a falta de organização, as condições de trabalho e as relações interprofissionais

contribuem para a exaustão emocional e a despersonalização, enquanto a organização do trabalho e as políticas institucionais influenciam a realização pessoal.

No Brasil, uma das formas de avaliação da APS é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foca em aspectos estruturais e materiais da gestão municipal, do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes e na satisfação do usuário (BRASIL, 2012). Fontana, Lacerda e Machado (2016) avaliaram os dados do PMAQ, dos municípios de Santa Catarina, e observaram que as condições estruturais, pessoais e de apoio logístico e tecnológico são consideradas boas, mas há variação entre as diferentes regiões do país, sendo pior no Norte e Nordeste. Já em relação ao processo de trabalho das equipes o resultado foi insatisfatório, destacando a precariedade na relação entre gestão, profissionais e usuários, e a dificuldade de articulação intersetorial e de coordenação do cuidado.

Assim, percebe-se que as várias dimensões do processo de trabalho são influenciadoras, mas estão para além de questões materiais ou estruturais. Estes resultados são corroborados por Franco e Merhy (2013), que discutem a proposta da ESF em caráter substitutivo ao modelo hegemônico e, por estar contextualizada em uma política capitalista, reproduz ideias da medicina higienista focada na economia de recursos. Assim, torna-se deficiente na geração de mudanças, pois, para isso, é necessário investir nos microprocessos que envolvem os trabalhadores tanto na sua formação e concepção de saúde quanto na organização do processo de trabalho, aspectos que envolvem a criação de vínculo, trabalho em equipe, planejamento e gestão compartilhada (FRANCO e MERHY, 2013).

Reafirmando essa discussão, Norful et al. (2018), em revisão sistemática sobre cogerenciamento entre médicos e enfermeiros na APS, constataram que o modelo baseado em comunicação, respeito e confiança mútuos e alinhamento quanto à filosofia de cuidados, alivia

a carga de trabalho individual e melhora o acesso e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Helfrich et al. (2014) avaliaram a associação do trabalho em equipe e níveis de SB e observaram que havia menor chance de SB em equipes de trabalho completas na APS bem como naquelas em que a tomada de decisões é participativa.

Sinsky et al. (2013) analisaram práticas inovadoras que aumentam o desempenho na APS, como cuidados planejados e compartilhados entre uma equipe (protocolos ampliados, gestão de pedidos e painéis permanentes), compartilhamento de tarefas administrativas, comunicação e funcionamento da equipe qualificada. Dessa forma, as equipes melhoram os resultados com dados e tornam o trabalho na APS viável e agradável.

Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout na APS

A APS, considerada a grande porta de entrada do sistema de saúde, comporta grande parte dos profissionais do SUS. Estes trabalhadores estão expostos a riscos comuns da área de saúde, como riscos biológicos e químicos, mas as especificidades do processo de trabalho da APS indicam algumas singularidades nos riscos ocupacionais desses profissionais (ALMEIDA; TORRES E SANTOS, 2012).

Alguns estudos demonstram que há uma dificuldade dos próprios trabalhadores da APS de perceberem os riscos a que estão expostos, e a maioria aponta, como o principal deles, o risco psicossocial (ALMEIDA; TORRES E SANTOS, 2012). A exposição ao risco e à morbidade nem sempre possuem relação de causa e efeito, pois o desenvolvimento de patologias envolve questões relacionadas à atividade desenvolvida, à duração da exposição e às características individuais de cada trabalhador (ALMEIDA; TORRES e SANTOS, 2012).

Porém, a SB, que passará a integrar o Sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID) em 2022, por ser considerada um transtorno mental relacionado ao trabalho (VAZQUEZ, 2019), surge

em muitos estudos sobre a saúde do trabalhador da APS (ROCHA, 2015; MOREIRA et al., 2016) e assim como nos artigos selecionados nesta revisão, a SB aparece com diferentes prevalências e com causa multifatorial. Entre os fatores de risco para o esgotamento profissional, destacam-se questões relacionadas ao ambiente de trabalho (estrutura física, insumos, contexto social), organização do trabalho e questões individuais.

Sobre o ambiente de trabalho, Lima et al. (2018) apontam que condições de trabalho desfavoráveis, com falta de recursos, insegurança e desvalorização dos sujeitos são fatores de risco para a SB, concordando com outros artigos desta revisão. No que tange à organização do processo de trabalho, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideraram que é constituída de relações subjetivas e sociais entre os trabalhadores e as instituições e, portanto, teria grande efeito na saúde psíquica dos trabalhadores.

Katsurayama et al. (2013) destacaram como adoecedora a sobrecarga do trabalho da APS, exigindo dos profissionais o cumprimento de diversas atribuições prescritas nas políticas públicas, mas sem considerar a distância que existe entre a teoria e a realidade, gerando muitas frustrações. Estas mesmas questões aparecem em outros artigos desta revisão integrativa, como nos estudos de Helfrich et al. (2014), Martins et al. (2014) e Riley et al. (2018).

Sobre questões individuais, Putnik e Houkes (2011) e Rabatin et al. (2016) demonstraram que as mulheres são mais propensas a desenvolver SB. Da mesma forma, Mazur et al. (2018) avaliam que mulheres assumem atitudes existenciais diferenciadas e são propensas a maior nível de exaustão. Destaque-se que estudos sobre o perfil dos trabalhadores da APS evidenciam maior prevalência do sexo feminino, de forma geral, nas equipes de saúde da família (COSTA et al., 2013)

O trabalho em equipe aparece nos artigos tanto como fator desencadeante como fator de proteção. Este formato de trabalho

muitas vezes é expresso como sinônimo de tomada de decisões compartilhadas, equipes completas, boa relação e coesão entre colegas (HELFRICH et al., 2014; SELAMU et al., 2017). Porém, quando isso não ocorre, passa a ser um fator de sofrimento e o ambiente torna-se desfavorável para o desenvolvimento das atividades. Ribeiro e Martins (2011) avaliam que as dificuldades do trabalho em equipe são estruturais e provenientes da lógica de produção de saúde para o mercado de consumo, que inclusive não investe na formação de profissional de saúde interdisciplinar.

Impactos do estresse ocupacional e da Síndrome de Burnout na APS

O esgotamento profissional gera diversos impactos nos indivíduos e nos serviços de saúde. Entre esses impactos, aparece nos estudos dessa revisão o uso crônico de medicamentos como hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos por parte dos trabalhadores (MARTINS et al., 2014), dados corroborados na revisão integrativa de Kovaleski e Bressan (2012) e no estudo de Trigo, Teng e Hallak (2007).

Riley et al. (2018) constataram discursos de ideação suicida, sensação de humilhação e constrangimento com a incapacidade de lidar com o estresse do trabalho ou com sintomas de doença mental entre profissionais de saúde. Estes fatores são confirmados no estudo de Trigo, Teng e Hallak (2007), que aponta associação entre SB e depressão, além de maior chance de ideação suicida em ambientes de trabalho negativos. Outro estudo, que também traz informações sobre prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica, é o de Carvalho, Araújo e Bernardes (2016), o qual destaca maior impacto de doenças em profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e do sexo feminino.

Repercussões para o serviço de saúde foram relatadas, tais como: menor disposição para prescrição em enfermagem (BARTOSIEWICZ; JANUSZEWICZ, 2019) e maior quantidade de encaminhamentos para exames de imagem e clínicas especializadas (KUSHNIR et al., 2014). Em relação à segurança do paciente e à possibilidade de maiores erros por parte dos profissionais, há controvérsias entre os estudos desta revisão. Enquanto a revisão sistemática de Hall et al. (2016) observa níveis moderados a altos de SB associados a piores resultados de segurança do paciente, como erros médicos, Oriol et al. (2017) e Rabatin et al. (2016) não encontraram associações significativas entre o nível de SB e a qualidade da assistência. Na literatura em geral há maiores evidências relacionando os níveis de SB dos médicos com maiores chances de cometer erros no trabalho (PANAGIOTI et al., 2018).

Outro aspecto que pode ser analisado é o impacto na comunicação clínica. No estudo de Ratanawongsa et al. (2008), médicos com alto índice de SB apresentaram o dobro de declarações negativas dos pacientes sobre a construção de vínculos. A revisão sistemática realizada por Panagioti et al. (2018) também traz essas questões, identificando que a dificuldade na comunicação e empatia é um dos fatores de falha dos médicos com SB. Esses aspectos têm expandido as discussões sobre o tema fazendo surgir novos conceitos como a “prevenção quinquenária” e o “quarto objetivo” da saúde, ambos trazendo a ideia que é preciso cuidar dos profissionais de saúde considerando estratégias para a redução do esgotamento profissional como forma de garantir melhor oferta de cuidado para os pacientes (BODENHEIMER; SINSKY, 2014 e SANTOS, 2014).

Intervenções e estratégias para minimizar o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout na APS

As estratégias para enfrentamento do esgotamento profissional estão centradas em dois eixos principais: aspectos organizacionais do

trabalho e aspectos educativos individuais. Ou seja, há necessidade de intervir nos fatores da gestão do processo e ambiente de trabalho, que são grandes fontes de estresse para os profissionais, mas há também a possibilidade de intervir nos sujeitos para desenvolver habilidades e atitudes que permitam maior enfrentamento diante do estresse ocupacional, possibilitando lidar melhor com o sofrimento. Este último ponto acaba ganhando maior destaque nas experiências, pois devido às questões políticas envolvidas na saúde pública, não há muita governabilidade para mudanças organizacionais potentes, que reduzam a sobrecarga dos trabalhadores, apesar de esse ser o nó crítico que, se desfeito, poderia gerar a resolução da maior parte dos problemas. Diante desse cenário, torna-se mais viável oferecer ferramentas para suporte e desenvolvimento dos profissionais que vivem o problema (PEREIRA, 2011).

Nesta revisão, programas de treinamento da atenção plena foram os mais utilizados, apontando resultados efetivos no auxílio à diminuição de sintomas e ao aumento do bem-estar de sujeitos com síndrome do esgotamento profissional (FORTNEY, 2013; VERWEIJ, 2016).

A atenção plena ou *mindfulness* é um processo de conscientização das experiências externas e internas que estão ocorrendo no momento presente, possibilitando o rompimento do piloto automático em que vivemos e a mudança de olhar e reações diante das situações cotidianas (LARGER, 2002). Essa prática tem utilizado a meditação como uma das principais ferramentas, com benefícios identificados em diversas áreas, dentre eles redução dos níveis de estresse, aumento da empatia, e maior resistência e redução de sintomas físicos e psicológicos (SNYDER e LOPEZ, 2009).

Já é possível encontrar estudos no Brasil com esse foco, como o de Fernandes (2018), que avaliou a Escala de Estresse no Trabalho antes e depois de um programa de treinamento em *mindfulness*, voltado para profissionais da APS, na cidade de São Paulo. Ela

conclui que o treinamento proporcionou redução do estresse e do risco de adoecimento destes profissionais.

Considerações finais

Pode-se concluir que há um interesse crescente na produção científica sobre o estresse ocupacional e a SB entre trabalhadores da APS. Estas produções têm contribuído para ampliar o entendimento sobre fatores de risco associados ao desenvolvimento da SB na APS, destacando questões para além do ambiente de trabalho, como as organizacionais e individuais, exemplificadas pelo desafio do trabalho em equipe, pela articulação de rede para coordenação do cuidado e pela sobrecarga de atribuições que atingem, principalmente, trabalhadores do sexo feminino. Cabe trazer, ainda, que os profissionais da APS possuem particularidades nos riscos ocupacionais, as quais perpassam a falta de recursos, sobrecarga de trabalho, trabalho em equipe e processo organizacional entre os trabalhadores e as instituições.

Entre os impactos que o estresse ocupacional gera, há maior clareza no prejuízo da comunicação e da vinculação dos profissionais com os colegas e pacientes, enquanto há controvérsias sobre o impacto da SB na qualidade da assistência e segurança dos pacientes.

Destaca-se, também, a relação trazida pela literatura entre o esgotamento profissional e os transtornos mentais. As principais estratégias de intervenção são treinamentos de recursos psicológicos para enfrentar o esgotamento profissional, porém observa-se a necessidade de maiores estudos sobre as intervenções, no contexto da APS, visto que não é o principal foco dos estudos nesta área. Além disso, destaca-se a necessidade de se refletir sobre possibilidades de construir intervenções que possam interferir a nível organizacional dos processos de trabalho dentro do universo da APS, levando em consideração o contexto político que a envolve.

Referências

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; ARAÚJO NETO, J. L. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25(3), 542-549. Porto Alegre: UFRGS, 2012.

ALMEIDA, L. G. N; TORRES, S. C; SANTOS, C. M. F. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 142-154.

BODENHEIMER, T; SINSKY, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. **Annals of Family Medicine**. 2014;12(6):573–576. doi:10.1370/afm.1713.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

CARDOSO, H. F. et al. Síndrome de Burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 121-128, jun. 2017.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 27, p. 90-96, abr. 2013.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

FERNANDES, M. **Os efeitos de um programa de mindfulness para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois**. Orientadora: Giovana Campos Braga. Dissertação (Mestrado em Ciências), Programa de Pós-Graduação de Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, Sept. 2016.

FORTNEY, L. et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. **Annals of Family Medicine**. 2013 Sep; 11(5): 412–420.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GARCIA, ÁL et al. Estresse Ocupacional na Mídia Impressa: Uma Perspectiva de Christophe Dejours. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023570, 2020.

HALL, L. H. et al. Strategies to improve general practitioner well-being: findings from a focus group study. **Family Practice**, 2018; 35(4):511–516. doi:10.1093/fampra/cmz130.

HELFRICH, C. D. et al. Elements of Team-Based Care in a Patient-Centered Medical Home Are Associated with Lower Burnout Among VA Primary Care Employees. **Journal of General Internal Medicine**, 2014 Jul; 29(Suppl 2): 659–666.

KATSURAYAMA, M. et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 (4): 414-9, 2013.

KOVALESKI, D. F.; BRESSAN, A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.3, n.2, p.107-113, 2012.

KUSHNIR, T. et al. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? **Family Practice**. 2014 Feb;31(1):44-50.

LACERDA, R. B. et al. Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Cultura de los Cuidados**, 20, 44, 2016.

LARGER, E. Well-being: mindfulness versus positive evaluation. In: CR Snyder e SJ Lopez, **The handbook of positive psychology** (pp. 214-230). New York: Oxford University Press, 2002.

MARTINS, L. F. et al . Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

MAZUR, A. et al. Existential attitudes as predictors of burnout in Polish nurses employed in rural primary healthcare settings. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**. 2018; 25(3): 552–558.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 38-51.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro Vozes: Ed 21, 2002.

MOREIRA, H. A.; SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 43, e3, 2018.

MOREIRA, H. A.; SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 43, e3, 2018.

MOREIRA, I. J. B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2016;11(38):1-12.

NORFUL, A. A. et al. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. **Annals of Family Medicine**, 2018;16(3):250–256. doi:10.1370/afm.2230.

NUNES, A. P. M. P. **Estresse Ocupacional em profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí. Orientadora: Prof^a Dra. Adriana de Azevedo Paiva. Teresina, 2019.

ORIOU, Y. et al. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. **BMC Medical Ethics**, 2017; 18: 54.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PANAGIOTI, M. et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. A

Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, 2018;178(10):1317–1330.

PEDERSEN, A. F.; VEDSTED, P. Understanding the inverse care law: a register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. **International Journal for Equity in Health**, 2014;13:121.

PEREIRA, D. G. **Síndrome de Burnout em trabalhadores do Programa de Saúde da Família: uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, na Universidade Federal de Minas Gerais, Orientadora: Prof. Paula Cambraia de Mendonça Vianna. Belo Horizonte – MG, 2011.

PUTNIK, K.; HOUKES, I. Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: a gender perspective in a Serbian context. **BMC Public Health**, 2011;11:716.

RABATIN, J. et al. Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. **Journal of Primary Care & Community Health**. 2016;7(1):41–43. doi:10.1177/2150131915607799.

RATANAWONGSA, N. et al. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. **Journal of General Internal Medicine**, 2008;23(10):1581–1588.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v16, n2, p241-250, Jun 2011.

ROCHA, A. L. A. **Condições de Saúde e de Trabalho de Profissionais que atuam na Atenção Básica**. Dissertação de mestrado. Orientadora: Prof. Dra. Angelina do Carmo Lessa, Coorientador: Prof. Dr. Romero Alves Teixeira. Diamantina: UFVJM, 2015.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, June 2007.

SANTOS, J. A. Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 152-4, maio 2014. ISSN 2182-5181. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v30i3.11358>.

SANTOS, S. O. S. et al. A Síndrome de Burnout e os Profissionais de Saúde: Uma Revisão Integrativa. **DêCiência em Foco**, 3(2): 111 – 119, 2019.

ELAMU, M. et al. Conceptualisation of job-related wellbeing, stress and burnout among healthcare workers in rural Ethiopia: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, 2017; 17: 412.

SCHAUFELI, W. B.; DE WITTE, H.; DESART, S. **Manual Burnout Assessment Tool (BAT)**. KU Leuven, Belgium, 2019.

SCHAUFELI, W. B. The Job Demands-Resources model; A 'how to' guide to increase work engagement and prevent Burnout. **Organizational Dynamics**, 46, pp 120-132, 2017.

SILVA, G. N. (Re)conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. Gerais, **Gerais Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 51-61, jun. 2019.

SILVA, S. C. P. S. et al. A síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2015, v. 20, n. 10, pp. 3011-3020.

SINSKY, C. A. et al. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. **Annals of Family Medicine**. 2013 May-Jun;11(3):272-8. doi: 10.1370/afm.1531.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o

que é e como fazer? **Revista Einstein**. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

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

TRIGO, T. R.; TENG, C.T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2007; 34(5):223-33.

VAZQUEZ, A. C. S. et al. Trabalho e Bem-Estar: Evidências da Relação entre Burnout e Satisfação de Vida. **Revista Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 18, n. 4, p. 372-381, dez. 2019.

VERWEIJ, H. et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. **British Journal of General Practice**, 2016;66(643).

ZOMER, F. B.; GOMES, K. M. Síndrome de Burnout e Estratégias de Enfrentamento em Profissionais de Saúde: Uma Revisão Não Sistemática. **Revista de Iniciação Científica**, Criciúma, v. 15, n. 1, 2017.

Programa Jovem Doutor

Rodrigo Silva Santos

Jéssica Tais Barreto Jorge

Lorena Aguiar do Carmo

Lina Faria

Antonio José Costa Cardoso

Jane Mary de Medeiros Guimarães

Introdução

A educação em saúde é considerada uma prática privilegiada no campo das ciências da saúde, principalmente no âmbito da saúde coletiva, uma vez que pode estar integrada a diversos cenários de práticas, em variadas organizações e instituições, e ser executada por agentes usualmente associados ou não ao espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde e/ou educação (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O Ministério da Saúde (MS) define a educação em saúde como um “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]” (BRASIL, 2012, p. 22). Mais especificamente, a educação em saúde corresponde a um conjunto de práticas educativas que objetiva fortalecer a autonomia da população no que tange ao cuidado com sua própria saúde e bem-estar.

A educação em saúde deve ser encarada como um processo político pedagógico que exige o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, que possibilita a proposição de ações transformadoras, capazes de motivar o indivíduo a conquistar sua autonomia e empoderamento enquanto sujeito histórico e social, favorecendo aos envolvidos a aquisição da capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente em que estão

inseridos (FALKENBERG et al., 2014; BRASIL, 2007a). Para isso, as ações de educação em saúde devem ser construídas como um instrumento qualificado para estimular a emancipação dos indivíduos, atuando sobre os seus conhecimentos, de maneira que os cidadãos se tornem participantes ativos desse processo (BEZERRA et al., 2014).

Iervolino (2000) defende que a escola é um local propício para o estabelecimento da corresponsabilização dos indivíduos acerca do processo-saúde, pois atua diretamente na formação cognitiva do cidadão (DUARTE, 2015). Assim, o ambiente escolar, a família e as instituições de saúde correspondem a ferramentas importantes que podem influenciar o compromisso e o envolvimento dos indivíduos com comportamentos que levam à promoção da saúde (GUEDES et al., 2009 apud DUARTE, 2015).

Considerando-se esse cenário estratégico de atuação, o art. 4º do Decreto nº 6.286, de 2007, instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007b), objetivando fortalecer o enfrentamento de vulnerabilidades da população jovem. Por meio de articulação intersetorial, o programa propicia atenção integral a crianças e adolescentes da rede pública de ensino, desenvolvendo ações de promoção, atenção e prevenção em saúde.

No mesmo ano, foi também lançado o Projeto Jovem Doutor (PJD), coordenado pela Disciplina de Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DTM/ FMUSP), que integrou recursos tecnológicos (Teleducação Interativa e Homem Virtual) com recursos de comunicação fluida e vídeos com situações do cotidiano para flexibilizar e potencializar a forma de transmissão de conhecimento. O projeto Jovem Doutor aproximou o público dos temas abordados por meio de uma linguagem simples e acessível de forma a promover maior difusão de conhecimentos, seguindo os eixos prioritários de Atenção Primária do Ministério da Saúde do Brasil.

Devido ao bom resultado obtido, o projeto foi adotado em várias instituições de ensino superior (IES) no Brasil como atividade de extensão universitária que, envolvendo professores e estudantes da área de Saúde, atua como um instrumento efetivo de mudança da universidade e da sociedade em direção ao enfrentamento dos desafios da educação em saúde por meio da integração ensino-serviço-comunidade.

Diante da potencialidade do PJD no ambiente escolar enquanto local de transformação, o presente capítulo objetiva apresentar os resultados da implementação do PJD em escolas públicas com diferentes temas de saúde. Para isso, adotou-se como estratégia de trabalho a revisão de literatura, a qual foi delineada por pesquisas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar, utilizando “Jovem doutor” como termo de busca.

Para seleção dos artigos utilizou-se a disponibilidade de acesso ao texto integral como critério de inclusão. Não houve restrição quanto a idioma e período de publicação. Os resumos dos materiais científicos encontrados foram analisados e excluíram-se os artigos que não abordavam o PJD, os trabalhos repetidos entre as bases, estudos exclusivamente descritivos sobre percepções de estudantes universitários relacionados com o PJD, trabalhos que não apresentavam resultados dos projetos de intervenção executados, bem como as publicações que não atenderam ao critério de inclusão.

Resultados do levantamento bibliográfico

O Quadro 1, apresenta a relação dos artigos selecionados, quanto ao título, autores, ano e base de dados, tema, número de alunos capacitados, ano de escolaridade, atividades desenvolvidas (presenciais e à distância), ações de multiplicação de disseminação do conhecimento elaboradas e executadas pelos Jovens Doutores e o tipo de avaliação aplicada pelos pesquisadores.

Foram selecionados 08 estudos a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Quanto às cidades em que o PJD foi implementado, cinco municípios foram contemplados, todos localizados no interior do estado de São Paulo, sendo Bauru a cidade mais frequentemente citada.

Um total de 82 Jovens Doutores, todos estudantes da rede pública de ensino, foram capacitados pelo PJD, segundo informado em cada artigo selecionado. Dentre os 08 artigos, os estudantes do 8º ano do ensino fundamental foram os mais eleitos para participação no programa de capacitação. Um total de 2.902 pessoas teriam sido alcançadas por meio das atividades de disseminação de conhecimento de cada pesquisa. Provavelmente, o número real de jovens capacitados e de público alcançado é maior do que o aqui apresentado, pois em um dos artigos não foi informado o número de alunos capacitados através do PJD e em dois artigos não se citou a quantidade de pessoas alcançadas pelas ações sociais.

Notou-se uso variado de recursos para a realização das aulas na etapa de atividade presencial, sendo os mais frequentes as TICs. No que diz respeito ao tipo de plataforma utilizada na etapa de atividade à distância, o *cybertutor* foi o mais comum. Na etapa de ação social também foi observada diversificação de formatos de atividades para disseminação do conhecimento, sendo a palestra com o uso de recursos multimídia a mais executada. Por fim, no que tange à etapa de avaliação, mais comuns foram a avaliação do conhecimento dos estudantes por meio de um questionário pré e pós-capacitação e a avaliação do *cybertutor*, também por meio de um questionário.

A Intervenção Fonoaudiológica sobre a Muda Vocal e Hábitos Vocais (OLIVEIRA et al., 2018) teve como objetivo desenvolver e aplicar um programa de capacitação sobre muda vocal e hábitos vocais saudáveis, baseado no PJD, além de analisar os efeitos imediatos de sua aplicação. O público participante do programa de capacitação proposto por Oliveira e colaboradores (2018) consistiu

nos estudantes do ensino fundamental de uma escola pública pertencente a um município do interior de São Paulo.

O programa de capacitação foi dividido em duas etapas. A primeira etapa foi dedicada à execução de duas aulas expositivas. A segunda etapa foi realizada por meio de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) no formato de *weblog* (OLIVEIRA et al., 2018).

Com a finalidade de verificar o efeito do programa, foi elaborado e aplicado um questionário nos períodos pré-capacitação e pós-capacitação. Os resultados foram comparados por meio do teste de Wilcoxon ($p < 0,05$). Verificou-se aumento do número de acertos, configurando uma diferença de dois pontos na média de nota do questionário, embora o teste estatístico não tenha indicado significância. Já quando foram comparados os momentos pré-capacitação e pós-capacitação, para todos os onze alunos, incluindo os quatro Jovens Doutores e os sete alunos que foram alcançados por meio da ação social de disseminação de conhecimento, o aumento de respostas corretas foi significativo. Apesar do reduzido número de participantes, concluiu-se que houve aumento relevante do nível de conhecimento comparado ao período antes e após a capacitação dos dois grupos estudados (OLIVEIRA et al., 2018).

A proposta de Corrêa et al. (2012) se aproxima um pouco da de Oliveira et al. (2018) no que diz respeito ao tema, uma vez que as duas analisaram e desenvolveram um programa de capacitação em saúde vocal com a utilização da dinâmica do PJD. No entanto, o público alvo foi diferente, assim como a especificidade do tema. Corrêa et al. (2012) trabalharam com o ensino médio em duas escolas públicas, uma localizada em Bauru-SP e a outra em Arealva-SP, e abordaram os aspectos da fisiologia da voz e fala, patologias vocais e saúde vocal.

A proposta de Corrêa et al (2012) foi dividida em três etapas, a saber: aulas presenciais expositivas; acesso ao *cybertutor*, no site do PJD (<http://www.projetojovemdoutor.org>); e oficina, que teve como

tema “Expressividade e Comunicação” (CORRÊA et al., 2012).

Quanto ao tipo de avaliação executada, foi aplicado um questionário acerca da satisfação em relação ao uso do tutor eletrônico, no qual 89,61% dos alunos classificaram os itens do questionário como excelente ou satisfatório. Os itens qualidade dos vídeos (71,4% excelente/satisfatório) e facilidade de navegação, presença de recursos que esclareçam o conteúdo e presença de links (78,9% excelente/satisfatório) apresentaram menor média da classificação; os itens qualidade das figuras e organização do conteúdo foram classificados por 100% dos alunos como excelente/satisfatório (CORRÊA et al., 2012). Após o encerramento do Projeto, os participantes foram intitulados Jovens Doutores e desenvolveram uma ação em ambas as escolas, lançando mão de ferramentas audiovisuais e pôsteres. Estima-se que a partir desta ação social 1.300 pessoas foram alcançadas e, dentre elas, estavam pessoas das comunidades (CORRÊA et al., 2012).

A pesquisadora Camila de Castro Corrêa (2014) também desenvolveu, a partir da Linha de Pesquisa - Telessaúde em Fonoaudiologia -, do programa de Pós-Graduação do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP, um modelo de educação em saúde sobre a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) utilizando a dinâmica do PJD, que foi implementado em uma escola pública do município de Bauru-SP.

Os resultados demonstraram que os alunos participaram ativamente das aulas, não apenas tirando dúvidas, mas também relatando experiências vividas que tivessem relação com o tema, sendo que esse movimento se deveu, principalmente, ao fato da inserção de dinâmicas nas aulas expositivas. O uso do *cybertutor* foi considerado um sucesso, os alunos obtiveram bom desempenho na avaliação de curto prazo, além de participarem ativamente no fórum de discussão da plataforma (CORRÊA, 2014). A atividade prática, que consistia em um jogo de mímica, possibilitou a reafirmação do

conhecimento adquirido até o momento, bem como que dúvidas fossem solucionadas.

Após a conclusão do programa de capacitação, os alunos idealizaram e executaram uma Feira Cultural em três dias distintos, de acordo com o público-alvo, bem como elaboraram cartazes e peças teatrais utilizando fantoches, vídeos e jogos de mímica. Ao total, 985 pessoas foram alcançadas diretamente e receberam as informações propagadas pelos JD na Feira Cultural (CORRÊA, 2014).

Por fim, o tutor eletrônico foi avaliado positivamente por meio da FPM, no qual 100% dos alunos consideraram o *cybertutor* um “curso impressionante”. Verificou-se também que todos os alunos acessaram os três módulos complementares não obrigatórios, o que evidenciou o grande interesse dos estudantes em ampliar seus conhecimentos sobre SAHOS (CORRÊA, 2014).

Em outro projeto desenvolvido pela pesquisadora Camila de Castro Corrêa e colaboradores (2015), foram realizadas ações educativas sobre saúde auditiva para alunos do ensino fundamental de uma escola pública da cidade de Bauru-SP. As atividades educativas foram constituídas por aulas presenciais e dinâmicas, e, no final do programa, os alunos realizaram uma ação social sustentada a partir do conhecimento adquirido (CORRÊA et al., 2015).

A segunda etapa concerne à avaliação do programa de capacitação. Os resultados demonstraram interesse dos alunos, os quais participaram ativamente das aulas presenciais. Em relação ao *website*, os participantes direcionaram seu próprio aprendizado, acessando-o mais de uma vez (CORRÊA, et al., 2015). Observou-se que 100% dos alunos responderam corretamente na primeira tentativa as questões do *cybertutor*. Após acessar o *cybertutor*, 56% dos alunos avaliaram o material como excelente, 38% como satisfatório e 6% como razoável. Completando as tarefas propostas com êxito, os alunos foram denominados Jovens Doutores e, posteriormente, realizaram uma palestra, transmitindo o conhecimento para 100

pessoas da comunidade (CORRÊA et al., 2015).

O estudo desenvolvido por Blasca e colaboradores (2013), por meio da parceria entre o Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP) e a Disciplina de Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DTM/ FMUSP), também abordou o tema saúde auditiva utilizando a dinâmica do PJD. O estudo foi desenvolvido em duas escolas da rede pública, uma localizada em Bauru (SP) e a outra em Arealva (SP), tendo sido dividido em três etapas: atividade presencial, tutoria *online* e atividade prática. Após a etapa de capacitação, foi realizada uma palestra para multiplicação do conhecimento pelos Jovens Doutores para 300 pessoas.

Os recursos utilizados em seu estudo foram considerados eficazes, o que foi evidenciado pela curiosidade e interesse dos alunos pela temática durante a capacitação. Quanto à tutoração *online*, a maioria dos alunos apresentou opinião positiva, sendo que 71,5% dos participantes avaliaram a compreensão do conteúdo como “excelente” (BLASCA et al., 2013). Os autores concluíram que o projeto teve grande importância para o crescimento individual dos participantes, atribuindo-lhes responsabilidades e despertando interesse nos aspectos relacionados à saúde da população.

Picolini e colaboradores (2013) também desenvolveram seu projeto por meio da parceria entre o Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP e a DTM/FMUSP (PICOLINI et al., 2013). O estudo teve como objetivo desenvolver um AVA, conhecido como *Cybertutor*, englobando a temática síndromes genéticas para alunos do ensino fundamental de uma escola de Bauru-SP.

Na primeira etapa foi desenvolvido um AVA intitulado “Síndromes Genéticas”. A segunda etapa constituiu na liberação do AVA, o que resultou na disponibilização do *Cybertutor* na plataforma do PJD (PICOLINI et al., 2013). Observou-se que a divisão do conteúdo em tópicos na plataforma possibilitou aos estudantes direcionar seu

próprio aprendizado. Através das 16 questões de reforço ao longo do conteúdo educacional do *Cybertutor*, foi possível a monitoração do aprendizado pelo tutor, uma vez que os estudantes só conseguiam avançar para o próximo tópico com o acerto da questão (PICOLINI et al., 2013).

Os autores concluíram que o AVA agrega TICs ao processo ensino/aprendizagem e o fato de estar disponível na internet possibilita que o acesso ocorra conforme a disponibilidade de tempo e interesse. Assim, o AVA desenvolvido foi considerado uma importante ferramenta de educação em saúde em Síndromes Genéticas (PICOLINI et al., 2013). Neste estudo não foi informado se a escola participante estava inserida na rede pública de ensino, assim como não foi descrito o número de alunos capacitados pelo programa educacional aplicado.

O estudo desenvolvido por Toassa e colaboradores (2010) foi fundamentado no PJD e teve como temas “nutrição” e “qualidade de vida”. Ao total, foram capacitados 17 alunos de uma escola pública localizada em Tatuí-SP. Para abordar os assuntos sobre alimentação e nutrição, os pesquisadores lançaram mão de estratégias como dramatização e dinâmica de grupo. Como resultado principal, observou-se que os alunos se mantiveram atentos e colaborativos durante a dramatização e participaram ativamente dos debates que surgiram após o teatro, de modo que puderam solucionar dúvidas e esclarecer mitos sobre alimentação (TOASSA et al., 2010). Assim, os autores concluíram que as estratégias utilizadas foram capazes de facilitar o entendimento dos jovens, constituindo-se como importantes ferramentas de educação em saúde (TOASSA et al., 2010). Não foi informado se houve a realização de atividade de disseminação de conhecimento pelos jovens capacitados.

A pesquisadora Valdéia Vieira de Oliveira (2012) elaborou um programa educacional sobre saúde auditiva, malformações de orelha externa e/ou média e inclusão social, o qual foi desenvolvido

utilizando-se a teleducação interativa do PJD. O programa de capacitação foi dividido em três etapas, tendo sido capacitados 18 estudantes do ensino fundamental de uma escola pública localizada em Bauru-SP.

Na primeira etapa do programa foram realizadas aulas expositivas sobre o tema e aplicado o “Questionário Situação-Problema” (QSP) a fim de mensurar o conhecimento prévio dos alunos (OLIVEIRA, 2012). Nesses momentos presenciais houve a participação intensa dos alunos, que tiraram dúvidas e relataram experiências vividas relacionadas à temática (OLIVEIRA, 2012). Na segunda etapa, os estudantes acessaram o *cybertutor*, o qual foi organizado com questões que permitiam avançar pelo módulo se acertasse a resposta. Na terceira etapa, os alunos responderam novamente o QSP e a FPM.

A comparação entre as respostas apresentadas no QSP nos dois momentos demonstrou que os alunos aumentaram significativamente seus conhecimentos após a aplicação do programa educacional (OLIVEIRA, 2012). O resultado da aplicação do FPM indicou que os alunos apresentavam alto índice de satisfação motivacional com o programa e o consideraram como um “curso impressionante” (OLIVEIRA, 2012). Além disso, foi solicitado que os professores respondessem o “Questionário de Crenças e Sentimentos do Professor” antes e depois do programa, sendo observado o aumento nos valores médios atribuídos pela professora após participação dos alunos no programa (OLIVEIRA, 2012).

A partir da conclusão da terceira etapa, os alunos realizaram uma ação social por meio de duas atividades complementares e sequenciais: a primeira correspondeu à realização de uma dramatização, seguida por uma apresentação expositiva, em multimídia. Ambas as atividades foram presenciadas por, aproximadamente, 210 convidados (OLIVEIRA, 2012).

Por fim, cabe destacar que em todos os estudos aqui

apresentados houve a utilização do Power Point nas aulas expositivas e que todos os JD participaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerações finais

Segundo os relatos, a implementação do PJD gerou muitos efeitos positivos tanto para a promoção da saúde quanto para a prevenção de doenças, promoveu a aproximação da Universidade à Comunidade e favoreceu o crescimento individual dos alunos, estimulando-os a assumirem efetivamente o papel de agentes transformadores da realidade social e incentivando-os a atuarem como agentes multiplicadores de conhecimentos.

Em todos os estudos foi observado que os alunos aumentaram seus conhecimentos após a aplicação do programa educacional e que naqueles nos quais o *cybertutor* foi utilizado, a maior parte dos Jovens Doutores demonstrou alto nível de satisfação com essa plataforma, a qual colabora com o desenvolvimento da autonomia do estudante, fomentando-o a direcionar seu próprio processo de aprendizagem. Para além disso, cabe destacar a importância do uso das TICs e de métodos dinâmicos no programa educacional para promover a aprendizagem ativa, a qual melhora a retenção do conteúdo e o desempenho do estudante aumentando, assim, as chances de êxito na disseminação de conhecimentos pelos alunos para a comunidade.

A partir do levantamento das necessidades do território em conjunto com os Jovens Doutores, parece-nos, entretanto, escassa a divulgação desse programa educacional para que seja expandido para outras regiões do Brasil e outras áreas da saúde, visando à transformação da realidade por meio da educação.

Quadro 1 – Ações implementadas pelo Programa Jovem Doutor (PJD)

nº	Título do artigo	Base de Dados	Autor(es)	Ano	Tema	Nº de alunos capacitados	Ano de Escolaridade	Atividade Presencial	Atividade a distância	Ação Social	Avaliação
1	Intervenção fonoaudiológica por meio da teleeducação sobre a muda vocal e hábitos vocais.	BVS	Oliveira L, et al.	2018	Mudança vocal e hábitos vocais	4	Estudantes do 7º e 8º ano do ensino fundamental de EP	TICS	Plataforma Wordpress	Aula expositiva com TICS.	*Questionário pré e pós-capacitação *Questionário pré e pós-exposição
2	Promoção da Saúde Auditiva baseada na Dinâmica do PJD	BVS	Corrêa CC, et al.	2015	Saúde Auditiva	10	Estudantes do 9º ano do ensino fundamental de EP	TICS Homem virtual	Plataforma <u>Cybertutor</u>	Palestra com TICS.	*Questões durante o <u>Cybertutor</u> : *Análise de avaliação do <u>Cybertutor</u> *Questionário pré e pós-capacitação
3	PJD Bauruz: Capacitação de Estudantes do Ensino Médio em Saúde Auditiva	BVS	Blasca WQ, et al.	2013	Saúde Auditiva	14	Estudantes do 2º e 3º ano do Ensino Médio de EP	TICS Homem virtual	Plataforma <u>Cybertutor</u>	Palestra	*Questionário de avaliação do <u>Cybertutor</u> *Questionário de avaliação do <u>Cybertutor</u>
4	A laboração de um ambiente virtual de pesquisas em síndromes genéticas	BVS	Picolini MM et al.	2013	Síndrome Genética	Não informado	Estudantes do ensino fundamental	Não se aplica.	Plataforma <u>Cybertutor</u>	Não se aplica.	*Questões durante <u>Cybertutor</u>
5	Atividades lúdicas na orientação nutricional de adolescentes do PJD	BVS	Toassa EC, et al.	2010	Nutrição e qualidade de vida	17	Estudantes do ensino médio de EP	Dramatização Dinâmica de grupo	Não informado	Não informado.	*Análise qualitativa de participação
6	Ações de teleeducação interativa em saúde vocal realizadas na dinâmica do PJD	Google Scholar	Corrêa CC, et al.	2012	Saúde Vocal	14	Estudantes do 2º e 3º ano do Ensino Médio de EP	TICS Homem virtual	Plataforma <u>Cybertutor</u>	Exposição: Recortes de audiovisuais e pôsteres	*Questionário de avaliação do <u>Cybertutor</u>
7	PJD: ações de educação em saúde voltadas à Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Google Scholar	Corrêa, CC	2014	SAHOS	5	Estudantes do 8º ano do ensino fundamental de EP	TICS Dinâmicas interativas	Plataforma <u>Cybertutor</u>	Feira cultural na escola Teatro Fichas Jogo de mímica	*QSP pré e pós-capacitação *Questões durante o <u>Cybertutor</u> *Avaliação do perfil comportamental de acesso às informações
8	PJD: promoção da saúde auditiva e inclusão do deficiente auditivo com malformação de orelha externa e/ou média	Google Scholar	Oliveira, VV	2012	Malformação de orelha	18	Estudantes do 8º ano do ensino fundamental de EP	TICS	Plataforma <u>Cybertutor</u>	Teatro Aprentação expositiva com uso de recursos multimídia	*QSP pré e pós-capacitação *Questões durante o <u>Cybertutor</u> . *FPM *Questionário: Sentimentos do Professor

Fonte: Elaboração dos autores.

Legendas: EP: Escola Pública; FPM: Ficha de Pesquisa Motivacional; PJD: Programa Jovem Doutor (PJD); QSP: Questionário Situação Problema; SAHOS: Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono; TICS: Tecnologias da Informação e Comunicação.

Referências

BEZERRA, I. M. P et al. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 255-262, 2014.

BLASCA, W. Q. et al. Projeto Jovem Doutor Bauru: capacitação de estudantes do ensino médio em saúde auditiva. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1407-1417, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Brasília (DF), 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2a ed. Brasília: MS; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007b.

CORRÊA, C. C. **Projeto Jovem Doutor: ações de educação em saúde voltadas à síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CORRÊA, C. C. et al. Ações de teleducação interativa em saúde vocal baseadas na dinâmica do projeto jovem doutor. **Distúrbios da Comunicação**, v. 24, n. 3, 2012.

CORRÊA, C. C. et al. Promoção da saúde auditiva baseada na dinâmica do projeto jovem doutor. **Distúrbios da Comunicação**, v. 27, n. 2, 2015.

DUARTE, A. P. **Práticas educativas em saúde no ambiente escolar: uma proposta de intervenção**. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015.

IERVOLINO, S. A. **Escola promotora de saúde: um projeto de qualidade de vida**. 2000. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, L. F. et al. Intervenção fonoaudiológica por meio da teleeducação sobre a muda vocal e hábitos vocais. **Audiology-Communication Research**, v. 23, 2018.

OLIVEIRA, V. V. **Jovem doutor: promoção da saúde auditiva e inclusão do deficiente auditivo com malformação de orelha externa e/ou média**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Ago. 1998.

PICOLINI, M. M. et al. A elaboração de um ambiente virtual de aprendizagem em síndromes genéticas. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 382-390, 2013.

TOASSA, E.C. et al. Atividades lúdicas na orientação nutricional de adolescentes do Projeto Jovem Doutor. **Nutrire**, v. 35, n. 3, p. 17-27, 2010.

Sobre os autores

Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo

Doutora em Ciências da Saúde e Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Ana Lúcia Moreno Amor

Doutora em Biotecnologia em Saúde / Rede Nordeste de Biotecnologia, Mestre em Patologia Humana / FIOCRUZ, Bióloga / UFBA. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Andressa Lima Porto

Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho, Vitória da Conquista, BA.

Andrezza Lima Muricy

Especialista em preceptoria de residência em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal Saúde da Família. Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Antônio José Costa Cardoso

Doutor em Saúde Pública, Mestre em Saúde Comunitária e Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Professor da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Ariane Carvalho Bacelar

Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho, Vitória da Conquista, BA.

Augusto Roberto Vidreira Batista

Especialização em Medicina de Família e Comunidade (Escola

Estadual de Saúde Pública). Graduado em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Pós-graduando do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia.

Caroline Costa Bourbon

Especialização em Medicina de Família e Comunidade e Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde. Professora na UFRB.

Clara Martins da Anunciação Lima

Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Cleto José Sauer Júnior

Especialização em Clínica Médica e em Cardiologia pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Pós-graduando do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde. Professor na UFRB.

Dóris Firmino Rabelo

Doutora em Educação e Mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Elaine Nunes Pacheco

Especialização em Preceptoria de residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa Integrado de Residência Multiprofissional. Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Elivan Silva Souza

Mestre em Saúde Coletiva e Doutorando em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Enyo Arruda Santos

Graduando do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho, Vitória da Conquista, BA.

Fran Demétrio

Doutora em Saúde Coletiva, Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde e Graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia. Pós-Doutora em Filosofia pela Universidade de Brasília. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Giovanna Lima Freitas

Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho, Vitória da Conquista, BA.

Helena Moraes Cortes

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências e Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Jane Mary de Medeiros Guimarães

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia.

Jéssica Tais Barreto Jorge

Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Joana Trengrouse Laignier de Souza

Especialização em Clínica Médica (RJ) e em Geriatria e Gerontologia

pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UERJ). Graduação em Medicina pela UNESA- RJ. Pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Professora da Universidade Federal da Bahia, no Instituto Multidisciplinar em Saúde.

João Zallio Coelho

Especialização em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Graduado em Medicina pela Universidade de Marília (SP). Pós-graduando do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Sul da Bahia.

Jorge Miguel Lage Cerqueira

Graduado em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Josicélia Estrela Tuy Batista

Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Laura Regia Oliveira Cordeiro

Pós-graduada em Psiquiatria Clínica (IPEMED) e em Terapia Cognitivo Comportamental (CAPACITAR). Graduada em Medicina (UESC). Pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Sul da Bahia. Professora da Universidade Federal da Bahia e da Faculdade Santo Agostinho de Vitória da Conquista/BA.

Ligia Maffei Carnevalli

Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Lina Faria

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Pós-doutorado em Cooperação Internacional em Saúde

pela UNICAMP. Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Lohana Guimarães Souza

Graduanda em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Lorena Aguiar do Carmo

Graduada em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Luciana Alaíde Alves Santana

Doutora em Ciências da Educação pela Universidade do Minho em Portugal. Mestre em Saúde Coletiva e Graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Márcio Florentino Pereira

Doutor em Ciências da Saúde pela UnB. Especialista em Políticas de Saúde Pública e em Odontologia Social e Preventiva. Graduação em Odontologia pela UFG. Professor da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Mariana Machado Aragão

Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia. Especialização para Preceptores de Residência Médica no Hospital Sírio-Libanês. Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Marla Niag dos Santos Rocha

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde. Professora na UFRB.

Micheli Dantas Soares

Doutora e Mestre em Saúde Coletiva e Graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Paula Hayasi Pinho

Doutora em Ciências e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da USP. Graduação em Psicologia pela Universidade Paulista. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Rocío Elizabeth Chavez Alvarez

Doutora em Ciências da Saúde (EEUSP). Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Rodrigo Silva Santos

Graduado em Medicina. Professor do Centro de Formação em Ciências da Saúde e Pós-graduando do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Sara Barbosa Rodrigues

Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Santo Agostinho, Vitória da Conquista, BA.

Simone Ligia Sousa Teixeira

Graduada em Medicina. Pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia.

Simone Seixas da Cruz

Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia com pós-doutorado em Epidemiologia (PPGSC-UnB). Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Ciências da Saúde.

Esta publicação reúne experiências de docentes, mestrandos e colaboradores do “Mestrado Profissional em Saúde da Família em terras baianas” a partir de produtos/objetos de estudos organizados em capítulos, cujos autores/as pertencem aos quadros de duas instituições de ensino superior no estado da Bahia: a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Busca fomentar reflexões sobre estes produtos na área da Saúde Coletiva na forma de relatos, revisões ou resultados de pesquisas, incentivando a procura de novos saberes e fazeres em um mestrado profissionalizante e contribuindo para a práxis de pesquisa em Saúde da Família.

ISBN: 978-65-87743-34-9



9 7 8 6 5 8 7 7 4 3 3 4 9



Editora UFRB